

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Guía de Autoayuda



Junta
de Andalucía

Consejería de Salud
y Familias

Servicio Andaluz de Salud

Autores:

María Magdalena Hurtado Lara. Psicóloga Clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental.
Hospital Regional Universitario. Málaga

José María García-Herrera Pérez-Bryan. Psiquiatra. Investigador voluntario de la Fundación
Pública Andaluza para la investigación de Málaga en Biomedicina y Salud (FIMABIS).

Diseño y maquetación:

JMGHyETC

Ilustración de la portada y la contraportada:

S.I.Z.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra
Derivada 4.0 Internacional License

Este folleto complementa a la **Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad:**

- o ¿Qué es la Depresión?
- o ¿Qué es el Trastorno de Ansiedad Generalizada?
- o ¿Qué es el Trastorno de Pánico?
- o ¿Qué son los fármacos antidepresivos?
- o ¿Qué son los “tranquilizantes”?
- o ¿Qué puedo hacer para ayudarme si tengo depresión?
- o ¿Qué puedo hacer para dormir mejor?
- o ¿Cómo puedo ayudar a un amigo/a o a un familiar con Depresión?
- o ¿Cómo afrontar el Duelo?
- o ¿Cómo hacer frente a las preocupaciones?
- o ¿Cómo resolver problemas?
- o ¿Cómo puedo mejorar mi ánimo con la actividad física?
- o Comprendiendo la ansiedad
- o Afrontar la depresión posparto
- o Afrontando el estrésoo Consejos para dormir mejor
- o Aprenda a controlar los pensamientos negativos
- o Aprenda a controlar los pensamientos ansiosos
- o Aprenda a relajarse
- o Aprenda a controlar la irritabilidad
- o Aprenda a organizar sus actividades
- o Aprenda a relacionarse mejor con los demás
- o Mejore su autoestima
- o Mejore su estado de ánimo con la actividad física

Puede solicitar los folletos en su Centro de Salud o descargarlos de:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>

¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y por qué es tan difícil salir de sus círculos viciosos?



El trastorno obsesivo compulsivo (o TOC, como se suele denominar) es un trastorno mental que desarrollan aproximadamente 1 de cada 100 personas. Se trata, por tanto, de un trastorno bastante prevalente. Por ejemplo, si usted vive en una localidad de 7000 habitantes, entre tus vecinos va a haber 70 personas con este problema.

Por suerte, la mayoría de las personas que desarrollan TOC, lo desarrollan en un nivel de gravedad leve o moderado, siendo muchos menos los que desarrollan un TOC grave.

EL TOC consiste en que a la persona le sobrevienen una serie de pensamientos recurrentes que no quiere tener y, por este motivo, trata de neutralizarlos de una manera u otra. La sensación de la persona con respecto a esos pensamientos es de extrañamiento, de saber que estos pensamientos no están en sintonía con sus valores y su modo de vida, y por eso sienten mucho rechazo hacia los mismos y su presencia genera una intensa ansiedad. Mientras que para las personas que no desarrollan un TOC, este tipo de pensamientos intrusivos suelen ser ignorados sin más, la persona propensa a desarrollar un TOC valora como un hecho muy grave tener estos pensamientos.

Los interpretan en muchas ocasiones como si tener este tipo de pensamientos significara que algo muy negativo les va a ocurrir a ellos mismos o a alguien cercano. Hay algunos contenidos de pensamiento que tienen mayor probabilidad de convertirse en obsesivos y, cuando esto ocurre, se desarrollan los síntomas de TOC de distintas temáticas.

La historia de Francisco

Terminé un módulo de informática con 22 años y conseguí trabajo a los pocos meses. Podríamos decir que estaba pasando una buena época. Por fin, pude comprarme mi primer coche. Al poco tiempo, un día en el trabajo empecé a pensar que podría haberme dejado el coche abierto, y como casi era la hora del desayuno, bajé a comprobar si lo había cerrado. Resulta que lo había dejado abierto, aunque no pasó nada. Lo cerré y volví al trabajo. Al día siguiente, de nuevo, me entró la duda de si había cerrado, y bajé a comprobarlo. Estaba cerrado.

Al cabo de unos días, esta duda volvió y bajé de nuevo a comprobarlo y, aunque ya no volví a encontrarlo abierto, la duda volvía cada día. Algunos días bajaba varias veces a comprobarlo, inventando excusas para justificar mis salidas. Como las salidas eran cortas, mi rendimiento en la oficina seguía siendo bueno y me ascendieron al año siguiente, por lo que tuve que mudarme a la ciudad y dejar la casa de mis padres. Al principio, estaba muy contento e ilusionado con la idea de independizarme y vivir solo. Pero en unas semanas también empecé a tener dudas sobre si había cerrado bien la puerta de mi piso o no. Incluso me imaginaba que alguien podría entrar y robar mis cosas. Algunas veces me volvía para comprobarlo a mitad de camino y en un par de ocasiones, me volví del trabajo porque estaba casi convencido de que no había cerrado bien.

Además, por la noche, antes de ir a la cama, también sentía la necesidad de comprobar que había cerrado bien la puerta y las ventanas, y más adelante aparecieron también dudas acerca de haber dejado enchufados algunos aparatos que podrían generar un incendio, como la plancha o la vitrocerámica. Llegó un momento en que tardaba más de una hora en comprobar que todo estaba en orden cada noche. Ahora, tengo 25 años y hace 6 meses que tengo novia. Cuando ella observó estos comportamientos, casi al principio de la relación, se interesó y le expliqué lo que me pasaba. Ella fue muy comprensiva. Buscamos información juntos y pensamos que podría estar padeciendo algún trastorno mental, por lo que fui a mi médico de cabecera. Él me diagnosticó TOC y me mandó a salud mental. Ahora tengo citas con la psicóloga y la psiquiatra, y estoy aprendiendo a manejar lo que siento de manera que interfiera lo mínimo posible en mi vida. Aunque a veces me asaltan este tipo de dudas, cada vez siento menos urgencia por realizar las comprobaciones. Creo que estoy avanzando en el buen camino.

¿Cuáles son las temáticas obsesivas más frecuentes?

Un caso típico sería la persona que empieza a pensar que por hacer vida normal puede contaminarse o contagiarse de algún tipo de germen que le lleve a desarrollar una enfermedad grave, que le pueda llevar a la muerte a la propia persona o a sus familiares cercanos, y el pensamiento genera tanta angustia mental y le resulta tan poco tolerable que empieza a hacer una serie de estrategias para evitar tenerlo.

Una de las estrategias de neutralización sería evitar tocar cualquier cosa que pueda estar contaminada. Otra sería lavarse las manos -en los casos más graves, todas las partes del cuerpo- compulsivamente con productos abrasivos (lejía, alcohol, amoníaco...). Otra sería imponer medidas restrictivas a sus familiares, como desnudarse en la puerta y desechar la ropa cada vez que se sale con ella a la calle.

Al utilizar estas estrategias, la persona se siente con más control de la situación y, por lo tanto, más tranquila, al menos, a corto plazo. En este sentido, la persona no siente placer al realizar estos rituales o compulsiones, pero sí se siente más aliviada en ese momento.

A largo plazo, sin embargo, estos miedos y estos comportamientos “de protección”, por así llamarlos, se van haciendo más intensos, hasta que en muchos casos incapacitan a la persona para su funcionamiento cotidiano. Llega un momento en que las personas no son capaces de salir a comprar, tocar el dinero, subir a un autobús, comer fuera de casa, relacionarse adecuadamente con su familia, etc., evitando todas las situaciones que les provocan estos pensamientos y además se sienten muy mal con toda esta situación. Realmente, la situación puede llegar a ser muy angustiante, y no es raro que lleve a la persona a desarrollar también en un episodio depresivo. La persona está en un círculo vicioso del que es muy difícil salir, y las soluciones de sentido común -que en este ejemplo son las estrategias de evitación y de limpieza- no son de utilidad, sino que empeoran el problema a largo plazo.

La historia de María

Siendo bastante pequeña, con unos 14 años, tras el fallecimiento de mi abuela, empecé a preocuparme por la posibilidad de contagiarde de alguna enfermedad. Siempre estaba atenta cuando alguien tosía o estornudaba cerca de mí, e intentaba no estar en contacto con esa persona ni con los objetos que hubiera tocado.

Con el paso de los años, estas preocupaciones fueron a más, ocupándome buena parte del día, y ya me sentía insegura tocando cualquier cosa que yo pensaba que podía haber tocado otra persona, por la posibilidad de que estuviera de alguna manera infectada con gérmenes. Empecé a desarrollar una serie de rutinas muy estrictas con respecto a la higiene. Al inicio del proceso, procuraba hacerlo de tal manera que nadie se podía dar cuenta.

Cuando yo tenía 18 o 19 años, ya había cosas que no podía ocultar. Mi familia empezó a notar comportamientos sutiles pero que le resultaban extraños, por ejemplo, usaba un pañuelo de papel para tocar los pomos de las puertas, incluso en casa; empecé a utilizar únicamente el baño de la primera planta y no permitía que nadie más lo utilizase; y empecé a comer siempre con mi propio plato y mis propios cubiertos, no compartiendo vajilla con mis familiares. Tardaba mucho en la ducha, lavaba mi cuerpo por partes y siguiendo el mismo orden, y me lavaba las manos muchas veces, utilizando para ello productos desinfectantes. Pienso que cuando tuve unos 20 años ya el problema era evidente en casa, pero igualmente yo intentaba ocultarlo en la medida de lo posible, y no permitía que se hablara de ello. En el fondo, de alguna manera sabía que todo lo que hacía era exagerado, pero simplemente no podía evitarlo. Sentía vergüenza. A veces pensaba que me estaba volviendo loca y eso me daba mucho miedo.

Mi miedo al contagio siguió creciendo y después de unos años más, empecé a negarme a tocar el dinero, a subir al autobús, a ir a baños públicos y a otras muchas cosas, y ahí yo ya no podía llevar a cabo mi vida como me hubiera gustado.

Mi vida estaba limitada en muchos sentidos, y empecé a sentirme cada vez más triste e inútil. Sufrí una depresión.

Gracias a mi familia, conseguí ayuda con 24 años y he ido superando poco a poco algunas de estas compulsiones. Sigo teniendo miedo a contagiarne y me cuesta trabajo que las personas desconocidas me toquen, pero ahora puedo tocar casi cualquier objeto y hacer mi vida más o menos con normalidad.

Para mí fue muy liberador saber que se trataba de un trastorno mental bastante común, que le pasaba a otras personas y que existía un tratamiento que me podría ayudar a manejarlo. Hoy, a mis 35 años, puedo decir que me siento satisfecha con mi vida.

Además del TOC de contaminación y limpieza, ya descrito, existen otras muchas **obsesiones** que frecuentemente podemos observar en personas con este trastorno:

- Miedo a olvidar, perder.
- Miedo a perder el control del comportamiento propio.
- Miedo a hacer algo que pueda tener consecuencias catastróficas para los demás o para sí mismo (dejar la puerta o las ventanas abiertas, lo que puede inducir a un robo; dejar algún electrodoméstico encendido, que pueda generar un incendio; etc.)
- Pensamientos agresivos dirigidos a uno mismo o a los demás.
- Pensamientos tabú para la persona, muchas veces implicando temáticas sexuales, religiosas o relacionadas con hacer daño. Miedo de decir o gritar cosas inapropiadas en público.
- Deseo intenso de tener los objetos en orden y en perfecto estado.
- Ideas relacionadas con los números, por ejemplo, números que traen buena o mala suerte, que se deben evitar o buscar.

¿Cuáles son las compulsiones más frecuentes?

Las personas con TOC suelen desarrollar también distintas compulsiones, que son actos realizados de manera repetitiva y con frecuencia siguiendo unas normas fijas, con el objetivo de neutralizar lo que la persona teme que ocurra. Muchas veces estas compulsiones o rituales tienen una conexión lógica respecto a las obsesiones (por ejemplo, en el caso de los lavados de manos compulsivos para evitar contagiarse con gérmenes) y otras veces no existe una conexión tan lógica, pero la persona siente que esas conductas realmente le van a funcionar para evitar el mal que tanto temen, por ejemplo:

- Comprobar repetidamente las cosas, por ejemplo, que la puerta está cerrada, que el horno está apagado.
- Ordenar los objetos de una manera particular y no tolerar otro tipo de orden.
- Reaseguramientos: preguntar a alguien repetidamente, por ejemplo, “*¿seguro que voy a estar bien?*”, “*¿seguro que lo llevo todo?*”, “*¿seguro que no he atropellado a nadie mientras veníamos?*”...
- Contar compulsivamente.
- Tocar los objetos un número determinado de veces.
- Repasar mentalmente la situación en la que piensa que puede haber hecho algo inapropiado.
- Evitar ciertos números, por ejemplo, en un parking, o evitar llamar a un número de teléfono que contenga cierto número...
- Pellizcarse la piel o balancearse continuamente.
- Repetir palabras o frases cuando están hablando.

De un 25 a un 50% de las personas que desarrollan TOC, tienen más de una obsesión. Todos tenemos a veces un pensamiento de manera excesiva o comprobamos más de una vez algunas cosas, pero para considerar que alguien tiene un TOC, la persona debe emplear más de una hora diaria en estas cuestiones y producir un malestar significativo y un deterioro de su rendimiento en las tareas diarias. Es poco habitual que las personas se recuperen de un TOC sin recibir información y/o tratamiento al respecto.

¿Cuándo suele aparecer el trastorno obsesivo compulsivo?

Es frecuente que el trastorno empiece a desarrollarse en la niñez, en torno a los 10 años, habiendo un pico a los 15 años, y en otras personas también puede aparecer en la juventud, en torno a los 20 o 25 años de edad. Sin embargo, la intensidad de los síntomas puede ser fluctuante dependiendo de varios factores, especialmente del estado de ánimo y el estrés ambiental al que la persona está sometida en cada etapa de su vida. Habitualmente, la persona no pide ayuda al inicio del trastorno, sino en los momentos de exacerbación sintomática.

¿Y por qué se tarda tanto en pedir ayuda?

Porque éste es uno de los trastornos que producen más vergüenza en las personas afectadas. La mayoría de los adultos reconocen que sus rituales o compulsiones no tienen mucho sentido realmente o que son exagerados, aunque una minoría de adultos y casi todos los niños no tienen esta sensación. Además, la mayoría de los adultos tienen la sensación de que están perdiendo el control de su persona y esto les asusta, y la estrategia que muchas personas utilizan es ocultar a todo el mundo lo que les está ocurriendo.

Muchas veces pasan años hasta que se lo confiesan a un familiar y son persuadidas para buscar ayuda. Algunos estudios informan de que desde el inicio de los síntomas hasta que la persona consigue un tratamiento apropiado suelen pasar de 14 a 17 años.

Sin embargo, una vez que comprenden el funcionamiento del trastorno y comienzan el tratamiento, la mayoría de las personas mejoran y muchas llegan a superar sus problemas obsesivos. También existe un porcentaje de personas que va a rechazar, al menos en un primer momento, hacer el tipo de terapia que a continuación se describirá y que es la más recomendada según los estudios científicos, pero, en cualquier caso, siempre es positivo saber qué le está ocurriendo a uno.

¿Cuáles son las causas del TOC?

En cuanto a las causas relacionadas con el origen del trastorno, no se sabe con certeza qué causa este trastorno. Se piensa que probablemente el origen del trastorno no dependa de una sola causa, sino de un conjunto de causas, entre las que se encontrarían:

- **Genética:** se sabe que si una persona tiene un pariente de primer grado con TOC (madre, padre, hermano/a o hijo/a), tiene más probabilidad de desarrollar el trastorno. Sin embargo, aún no se ha podido identificar un gen o un conjunto de genes que determinen el desarrollo del TOC.
- **Otros factores biológicos:** concretamente, algunos estudios señalan que hay algunas diferencias en el córtex frontal y algunas estructuras subcorticales de las personas que desarrollan TOC con respecto a las que no. También se ha informado de casos en los que desarrollan síntomas de TOC de manera repentina tras una infección por streptococo (síndrome PANDAS) o tras un brote de esclerosis múltiple (concretamente cuando hay lesiones cerebrales).
- **Los traumas infantiles:** como en casi todos los trastornos psicopatológicos, los estudios sugieren que en algunos casos puede haber una asociación entre estos y el desarrollo de este tipo de psicopatología.
- **Estilo de personalidad:** sabemos que las personas especialmente perfeccionistas y con atención al detalle, con cierta rigidez mental, pueden ser más proclives a desarrollar obsesiones.

¿Qué hace que el trastorno se mantenga a lo largo del tiempo?

Sin embargo, una vez que una persona ha desarrollado el trastorno, no tiene tanta importancia pensar largo y tendido sobre el origen del mismo, de hecho, esto puede convertirse en una nueva obsesión. Tenga claro que desarrollar un TOC no significa que usted o sus padres hayan hecho algo mal en algún momento del pasado. No busque culpables, ya que en la mayoría de los casos no los hay. En lugar de ello, es mucho más recomendable centrarnos en las causas de que el trastorno se esté manteniendo hoy en día.

Entendemos como variables de mantenimiento todo lo que pueda estar haciendo que a día de hoy la persona siga teniendo estos síntomas. Su importancia reside en que nos informan sobre cómo la persona puede abordar su TOC para hacer que los síntomas vayan reduciéndose progresivamente con el paso del tiempo. Sabemos que hay 4 mecanismos básicos que mantienen activas las obsesiones:

1. Las compulsiones o rituales (manifiestos o mentales).

Por ejemplo, en el caso descrito arriba, una persona que cumple con unos estrictos rituales de limpieza y desinfección una vez que llega a casa después de haber estado en la calle, piensa que no se ha contagiado del temido germen precisamente porque ha seguido ese ritual. Sin dejar de hacer el ritual, no hay manera de que se pueda desmentir esa creencia.

Lo mismo ocurre con la persona que piensa que puede dejarse la puerta de casa abierta y eso puede dar lugar a un robo o a un ataque a sus familiares, y cada día se afana en comprobar una y otra vez que la puerta no cede a sus repetidos empujones. También se pueden hacer rituales o compulsiones mentales, por ejemplo, cada vez que veo un número que pienso que me trae mala suerte, rezo 3 padrenuestros mentalmente y así ya no ocurrirá ninguna desgracia. La única manera de comprobar si esto ocurre o no verdaderamente es dejar de rezarlos.

Hay una peculiaridad que distingue un rezo real de un rezo compulsivo y es para quién está rezando uno. La persona cuando reza realmente, lo hace para Dios, pero cuando es un rezo compulsivo, utiliza el rezo como un mecanismo para neutralizar el efecto de la obsesión y tranquilizarse y, por lo tanto, lo hace para sí mismo, no para Dios.

2. Las conductas de evitación.

En el ejemplo que estamos desarrollando, una conducta de evitación sería, por ejemplo, que la persona no toca los pomos de las puertas porque piensa que están contaminados. De esta manera, con el tiempo, pensará que no se ha contagiado precisamente porque no ha tocado los pomos y que, si lo hubiera hecho, se habría contagiado.

3 .Las conductas de huida.

Como su propio nombre indica, este tipo de comportamiento supone huir de un sitio cuando la ansiedad se incrementa. Por ejemplo, una persona con un TOC de contaminación puede ir al hospital a hacer una visita a una persona muy querida que está ingresada, pero con mucho cuidado de no sentarse ni tocar nada, y sale de allí lo antes posible. Con el tiempo, probablemente pensará que no se contagió porque no estuvo en el hospital más de 5 minutos, por ejemplo.

4. Reaseguramientos.

Preguntas repetitivas, habitualmente a un conviviente, relacionadas con el contenido obsesivo. Por ejemplo, una chica que piensa reiteradamente que puede haber hecho daño a otra persona, pregunta una y otra vez a su madre, que ha salido con ella, si está segura que no ha hecho nada a nadie. O un profesional que domina su trabajo y a partir del desarrollo del TOC siente la necesidad de preguntar a los compañeros cuestiones que antes ha desarrollado de manera autónoma sin dificultad.

Todo este tipo de comportamientos producen en la persona un alivio a corto plazo, y esto hace que la persona los repita una y otra vez. Es algo natural en las personas buscar el alivio. Sin embargo, pocas personas en esta situación se dan cuenta del efecto que estos comportamientos tienen a largo plazo: el miedo sigue incrementándose y cada vez necesitan protegerse más con este tipo de comportamientos, y su vida se va limitando cada vez más. Es como una especie de bumerán: que cuanto más lejos intente usted tirarlo, más fuerte volverá a usted al poco tiempo. Es decir, cuanto más intente usted alejar este pensamiento de su mente, más volverá a aparecer y con más intensidad.

Recuerde:

No pasa nada por tener obsesiones.

No va a ocurrir nada malo por tener obsesiones.

*Deje de intentar quitarse las obsesiones,
sólo déjelas estar y siga concentrado en su tarea.*

¿Cómo es el tratamiento del TOC?

El primer paso en el tratamiento del trastorno es comenzar a hablar sobre sus síntomas con su médico de familia. Probablemente él le proporcionará información sobre cómo afrontar estos síntomas o le remitirá a los servicios de salud mental.

Los casos leves y leves-moderados pueden mejorar mucho simplemente con comprender el funcionamiento del trastorno. Si la persona no mejora con esta información o en los casos de mayor gravedad, la persona probablemente necesite otro tipo de tratamiento.

El tratamiento del TOC típicamente incluye un tipo específico de psicoterapia (la Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta es la más recomendada), medicación o una combinación de ambas.

Tendrá que hablar con un profesional de salud mental sobre las ventajas e inconvenientes de cada modalidad de tratamiento para averiguar cual es la mejor opción en su caso. Es importante considerar si la persona tiene otros problemas de salud mental (por ejemplo, ansiedad, depresión, etc.) a la hora de tomar esta decisión.

Una vez tomada la decisión, es importante que usted se adhiera a su plan de tratamiento, porque tanto la psicoterapia como la medicación tardarán un tiempo en hacer efecto.

Es importante saber que el TOC es un trastorno, no una enfermedad. Eso quiere decir que el TOC no se cura en el sentido médico del término. No es como cuando tenemos una infección bacteriana y tomamos un antibiótico y la infección desaparece. Tampoco es exactamente como cuando nos hacemos daño en la espalda haciendo deporte y comenzamos a hacer yoga a diario y se nos pasa poco a poco, con el paso de las semanas, aunque se parece más a este segundo ejemplo.

La tendencia a desarrollar obsesiones probablemente no desaparezca y es muy importante que la persona sea consciente de ello para prevenir recaídas. Es como cuando tenemos una rodilla que, cada vez que la sobrecargamos, nos empieza a doler. No nos pasa nada generalmente, pero sabemos que, si hacemos un sobreesfuerzo o dejamos de hacer el ejercicio físico de mantenimiento o ganamos peso, ese dolor volverá.

Pues igual pasa con las obsesiones. Incluso una vez superadas, si estamos sometidos a mucho estrés o descuidamos el manejo que hacemos de los pensamientos intrusivos, pueden volver.

Sin embargo, eso no quiere decir que vayan a volver. Haciendo un buen manejo de los pensamientos y cuidando nuestros niveles de estrés, muchas personas consiguen que las obsesiones no vuelvan nunca más y viven libres de síntomas.

Psicoterapia

La psicoterapia puede ser un tratamiento efectivo para el TOC en adultos. Hay personas que pueden superar sus obsesiones con la psicoterapia, mientras que para otras será necesario introducir también tratamiento farmacológico.

La psicoterapia más recomendada para el TOC es la Exposición con Prevención de Respuesta. Esta terapia consiste en planificar sesiones frecuentes en las que la persona se pone en contacto con la situación que dispara su compulsión (por ejemplo, tocar los pomos de las puertas) y evitar poner en marcha la compulsión típica (en el ejemplo, refrenar el impulso de lavarse las manos tras haber tocado el pomo).

La exposición se hace habitualmente empezando por lo que a la persona le resulta más fácil y se va avanzando hacia los pasos más difíciles. Aunque la lógica parece sencilla, es un tratamiento muy duro al principio, porque dispara los miedos de la persona y puede provocarle altos niveles de ansiedad. Sin embargo, con el paso del tiempo, las compulsiones se van reduciendo y también los temores obsesivos asociados. Mediante este proceso, la parte irracional de su mente comprobará que no va a pasar nada por tener este tipo de pensamientos y usted verá que va cambiando su visión de estos pensamientos, viéndolos ahora como lo que son, pensamientos absurdos y/o desagradables, que no suponen ningún peligro y que se puede aceptar el hecho de tenerlos con tranquilidad hasta que desaparezcan (como cuando vemos una película desgradable y esto no produce ninguna alteración emocional en nosotros). En otras palabras, este proceso le ayudará a perderles el miedo a sus obsesiones. En muchos casos, con este método, se consigue superar los síntomas por completo.

Sin embargo, aproximadamente un 30% de las personas con TOC rechazarán o abandonarán prematuramente este tratamiento, debido al malestar que implica exponerse a las situaciones ansiógenas. Es importante elegir un momento para iniciar la terapia en que la persona no se encuentre muy deprimida y tenga tiempo y energía suficiente para dedicarse a los ejercicios de terapia.

Una vez que tome la decisión de ponerse en terapia, acuda a todas sus citas puntualmente y trate de mostrarse honesto y abierto con su terapeuta. Haga diariamente los ejercicios asignados entre sesión y sesión de terapia como parte esencial del proceso, y mantenga informado a su terapeuta de cómo están funcionando.

Recuerde que su tratamiento debería implicar exposición y prevención de respuesta. La mejor manera de superar su problema es exponerse a los pensamientos obsesivos, sin tratar de evitarlos y sin hacer nada para evitar el peligro que la persona interpreta que tienen este tipo de pensamientos. Si su tratamiento no incluye estos elementos, es posible que usted no esté recibiendo la psicoterapia más recomendada. No tema pedir una segunda opinión si lo considera necesario.

Medicación

Su médico de familia o su psiquiatra pueden prescribirle medicación para ayudarle a superar su TOC. Los fármacos más recomendados para el TOC son los antidepresivos, concretamente los inhibidores de la recaptación de la serotonina.

Aunque este tipo de fármacos se utilicen habitualmente para tratar la depresión, también son útiles para el TOC, porque también tienen un efecto anti-obsesivo, sólo que tardarán algo más en hacer efecto (de 8 a 12 semanas para empezar a hacer efecto) y muchas veces se requieren dosis más altas que en los casos de depresión.

Algunos de los medicamentos disponibles son el escitalopram, la fluoxetina, la sertralina, la fluvoxamina, la clomipramina, la paroxetina o la venlafaxina. Estos medicamentos pueden causar efectos secundarios en algunas personas, sobre todo las primeras semanas, como dolores de cabeza, molestias gastrointestinales o reducción de la libido.

Es importante seguir las pautas prescritas por su médico, como tomar la medicación todos los días a la misma hora, aumentar la dosis poco a poco o disminuirla progresivamente cuando se decide retirar la medicación. Nunca abandone el tratamiento farmacológico o cambie la dosis sin consultar con su médico cómo hacerlo, ya que realizar cambios bruscos en la medicación podría producir efectos adversos.

No se aconseja retirar la medicación hasta que la persona lleva un año recuperada. Hacerlo prematuramente aumenta la probabilidad de recaídas. Además, algunas personas encuentran que cuando tienen la necesidad de retomar el tratamiento por haberse producido una recaída o un empeoramiento, éste ya no les funciona tan bien como la primera vez. En casos graves o que no tengan acceso a la psicoterapia arriba indicada, puede que sea necesario continuar con un tratamiento de mantenimiento para evitar recaídas.

Cada persona responde a la medicación a su manera, pero la mayoría encuentran que les ayuda a manejar mejor sus síntomas, sobre todo si toman la medicación y hacen psicoterapia.

Otras cosas que ayudan más allá del tratamiento

Hay varios consejos que pueden ayudar a manejar el estrés y la ansiedad asociadas al TOC, como:

- Dormir con un horario regular: intente ir a la cama y levantarse todos los días a la misma hora, intente no trasnochar (no dormir lo suficiente es un estresor para el cuerpo).
- Seguir una dieta sana y equilibrada.
- Incorporar a su rutina diaria el ejercicio físico.
- Buscar el apoyo de familiares o amigos de confianza.

¿Cómo pueden ayudar los amigos y familiares?

- Las personas con TOC con frecuencia sienten vergüenza por sus síntomas, así que, por favor, no bromeé sobre el trastorno.
- Intente comprender que la persona se pone muy ansiosa cuando afronta la situación ansiógena, aunque usted no le encuentre lógica. No fuerce a la persona a exponerse sin su consentimiento.
- Evite decirle que simplemente supere sus obsesiones o sus preocupaciones, porque para las personas afectadas esto es una tarea muy dura.
- Anime a la persona a buscar ayuda profesional.





**Junta
de Andalucía**

Consejería de Salud
y Familias

Servicio Andaluz de Salud