

2ª EDICIÓN
{ ACTUALIZADA }

Isabel Pinillos Costa

EL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO

**Modelo etiológico
Tratamiento con EMDR**



EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Modelo etiológico Tratamiento con EMDR /2a edición actualizada



Todos los derechos reservados. Obra inscrita con el código 1905260996454, en el Registro de Propiedad Intelectual de Safe Creative.



Diseño y diagramación: Sandra Carranza
e Ivan Rojas Villarreal. irojas73@gmail.com

**EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO
CON EMDR**

by-nc-nd 4.0 Isabel Pinillos Costa

Primera edición: febrero de 2021

Segunda edición: agosto de 2023

Agradecimientos

Es mi deseo comenzar expresando mi más sincero y profundo agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido de una forma u otra a que este libro sea hoy, después de muchos años de estudio y trabajo, una realidad.

En primer lugar, a todos mis pacientes TOC sin los cuales este libro no habría sido posible. Ellos fueron los que han ido guiando mis hipótesis y dándome las claves necesarias para avanzar en este camino de descubrimientos.

De manera muy especial quisiera agradecer a Dña. Francisca García Guerrero que introdujera el EMDR en España y su contribución desde la Asociación EMDR y el Instituto Español de EMDR a la formación de terapeutas EMDR con reconocidos niveles de calidad, así como a promover y divulgar la investigación científica acerca de la evidencia empírica que sustenta a esta terapia.

Asimismo, agradezco la generosa contribución del Dr. Benedikt L. Amann, que ha aportado una parte de la base científica en la que se sustenta este libro.

También quiero agradecer la labor realizada por Dña. María Aurora Alonso, regalándome con largueza su tiempo por medio de su labor de documentación, sus comentarios, correcciones y mejoras.

Igualmente deseo expresar mi gratitud a D. Ignacio Massot, que ha contribuido generosamente a la forma cómo están expresados los contenidos de este libro.

Por ultimo, a mi marido Antonio por su confianza y paciencia al ceder largamente parte de nuestro tiempo en común a la realización de este proyecto.

Contenido

Contenido

Agradecimientos

Contenido

Introducción

[PARTE 1] MARCO CONCEPTUAL

Capítulo 1 / Aspectos generales del TOC

Antecedentes

Descripción

Criterios para el diagnóstico del TOC

Forma (modalidades) y contenido de las obsesiones

Características

Capítulo 2 / Antecedentes del modelo estructural funcional de las tres fases del trastorno obsesivo-compulsivo

Antecedentes

El modelo conductual

El modelo cognitivo

El modelo metacognitivo

El modelo neuroquímico y neuroanatómico

El modelo estructural funcional de las tres fases del TOC

Capítulo 3 / Fase I

Introducción

Fase I: vulnerabilidad emocional, fobias afectivas y esquema defensivo

Capítulo 4 / Fase II

Antecedentes

La traumatización compleja en el TOC

Capítulo 5 / Fase III

Introducción

La Traumatización Obsesiva (TOB)

Capítulo 6 / Resumen e hipótesis que se derivan del Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases

La traumatización en el TOC en las distintas fases del modelo

Hipótesis sobre las que se basa el Modelo Estructural

Funcional de las 3 Fases del Trastornos Obsesivo-Compulsivo

Capítulo 7 / Casos que ilustran el Modelo de las 3 Fases del TOC

Caso 1. "Tengo que conseguir proteger siempre a los demás de cualquier sufrimiento físico y emocional" (debo ser perfecto como persona)

Caso 2. "Tengo que hacerlo todo siempre bien, lo que significa en orden y siguiendo las normas" (Debo ser perfecto)

Caso 3. "No puedo hacer nunca nada que haga sufrir a un hijo" (tengo que ser perfecta como madre)

Caso 4. “Tengo que hacer lo que sea para asegurarme proteger la vida de mis seres queridos” (Tengo que ser y sentirme siempre una persona fuerte: perfecta)

Caso 5. “Tengo que asegurarme de hacerlo todo bien siempre” (tengo que ser perfecta)

Capítulo 8 / Personalidad y TOC

Antecedentes

Modelo conceptual de la personalidad

Rasgos de personalidad desde el Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases del TOC

El TOC y su función dentro de la estructura del mundo interno

[PARTE 2] Evaluación

Capítulo 9 / Evaluación

Introducción

Pruebas objetivas

Cuestionarios

Muestras, registros, diario.

Técnicas floatback (EMDR institute)

Test muscular (Van Assche)

Evaluación por medio del trabajo con las partes

Estrategia para la conceptualización de casos TOC a partir de la entrevista y técnicas floatback

Capítulo 10 / Módulo de instrumentos específicos para la Evaluación y Conceptualización de casos TOC

Antecedentes

Registro Funcional del TOC que refleja el proceso obsesivo compulsivo actual

Historia y evolución del problema obsesivo compulsivo

La metacognición que alimenta el temor a la obsesión

Metacogniciones frecuentes referentes a la intrusión obsesiva

Cultura de sufrimiento, ambiente familiar y traumas (Pinillos)

Recuerdos alimentadores del TOC

Anexo: estrategia de conceptualización a partir de la entrevista y las técnicas flotar

Capítulo 11 / Módulo de instrumentos de evaluación por medio del trabajo con las partes

Antecedentes

Aspectos de las partes y tipo de relación entre ellas

Preparar para el trabajo con las partes

[PARTE 3] TRATAMIENTO

Capítulo 12 / Adaptaciones en el tratamiento con terapia EMDR en el TOC

Antecedentes

Adaptaciones en la Fase 1

Adaptaciones en la Fase 2

Adaptaciones en las Fases 3 a 8

Capítulo 13 / Fase 1: historia clínica

Antecedentes

Datos a recoger de la historia del paciente

Capítulo 14 / Ejemplos de Evaluación y Conceptualización de casos TOC

Introducción

Ejemplo caso nº1

Ejemplo caso nº6

Ejemplo caso nº 8

Ejemplo caso nº 2

Ejemplo del caso nº 4

Capítulo 15 / Fase 2: Preparación de los pacientes

Características de la fase 2 en el TOC

Capítulo 16 / El módulo de habilidades de conciencia y estrategias mindfulness para la conexión con el aquí y ahora

Habilidades de conciencia

Capítulo 17 / Módulo para el abordaje emocional

Introducción

Técnicas de control emocional

Desarrollo e instalación de recursos (Leeds, 2011)

Desensibilización de emociones y sensaciones perturbadoras

Ejemplo de cómo utilizar las habilidades de manejo emocional de forma integrativa

Anexo: ejercicios para integrar el reflejo del miedo paralizador (Blomberg y Dempsey, 2011)

Capítulo 18 / Módulo de trabajo con las partes involucradas en el problema obsesivo

Introducción

Trabajo con la parte que defiende del sufrimiento ante el temor nuclear

Trabajo con la parte que contiene el cluster a cargo de la sintomatología obsesiva compulsiva

Reunión con todo el equipo de partes involucradas en la defensa frente al sufrimiento

Capítulo 19 / Módulo para el afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo-compulsivo

Antecedentes

Psicoeducación

Técnicas para el afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo compulsivo

Capítulo 20 / El protocolo de las tres vertientes referente a la sintomatología obsesiva-compulsiva

Antecedentes

Dianas del pasado

Dianas del presente

Disparadores de obsesiones y compulsiones

Estado de sensación positivo asociado a la compulsión (Miller)

Plantilla de futuro

Capítulo 21 / Protocolo de procesamiento de la Traumatización Obsesiva

Antecedentes

Introducción al procesamiento de la Traumatización Obsesiva (eventos obsesivo-compulsivos)

Características del módulo adaptado EMDR para el reprocesamiento de la Traumatización Obsesiva

Anexo: Protocolo de procesamiento de la traumatización obsesiva (eventos obsesivos compulsivos)

Capítulo 22 / El protocolo de las tres vertientes referente a otra sintomatología presente en el trastorno

Blancos del pasado

Blancos del presente

Plantilla de futuro

Capítulo 23 / Evaluación, conceptualización y tratamiento de un caso TOC

Evaluación

Conceptualización del caso

Tratamiento

Bibliografía

Introducción

*El TOC es la hiedra venenosa crónica de la mente:
cuanto más la rascas, más te pica.”*

Jeffrey Schwartz

El TOC es considerado uno de los problemas psicológicos más difíciles de explicar por lo que, en ocasiones, se le ha designado como “la bestia negra de la psicología”. Su tratamiento se considera complejo, de larga duración y con resultados discutibles.

La investigación y las aportaciones que desde diferentes perspectivas han intentado explicar y abordar terapéuticamente el trastorno, muestran como conclusión que ningún modelo ha ofrecido hasta el momento una explicación que abarque la complejidad de los trastornos obsesivos. Asimismo, los resultados terapéuticos indican poca mejoría con muchos de estos pacientes.

Una parte de las investigaciones referentes al TOC se ha centrado fundamentalmente en el tratamiento farmacológico, en técnicas como la prevención de respuesta (PR) y en la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Arnedo, Roldán y Morell, 1996; Jaurrieta, 2008; Vallejo, 2001), así como en la búsqueda de instrumentos de evaluación fiables y válidos (Nicolini *et al.*, 1996; Ulloa *et al.*, 2004).

Los resultados de técnicas usadas en el tratamiento del TOC como la relajación, desensibilización, distracción, parada de pensamiento, prevención de respuesta, terapia racional emotiva, etc., han puesto de manifiesto que las mismas no son efectivas con muchos pacientes TOC.

En el DSM 5 se admite por primera vez, en el TOC, el papel del abuso físico y sexual infantil, así como otros hechos traumáticos. Ello abre una nueva directriz para la conceptualización del TOC dentro de un problema de traumatización, por lo que la terapia EMDR estaría indicada para un problema con base traumática.

La experiencia clínica con EMDR, de probada eficacia en el tratamiento del trauma, requiere realizar adaptaciones al protocolo básico como sostiene Bohm (2012), sobre todo en los casos graves, lo cual está en línea con las indicaciones de Bekkers (1999) de utilizar EMDR como parte de un plan terapéutico global.

Aspectos fundamentales del protocolo de EMDR como la emoción básica y la creencia nuclear disfuncional de recuerdos que constituyen el “núcleo de la traumatización”, en el caso del TOC, se encuentran disociadas de la conciencia y a cargo de partes defensivas, por lo que el intento de superar estas barreras disociativas va a generar bloqueos en el procesamiento o disparadores de las propias obsesiones, imposibilitando en principio la aplicación del protocolo estándar EMDR.

Ciertas dificultades que se citan a continuación (Steele, Van Der Hart y Nijenhuis, 2005) se ponen de manifiesto en el TOC, ya que las tendencias de acción implicadas en la defensa frente a la amenaza interior “utilizan estrategias mentales de manejo inadaptadas, que además de funcionar por debajo del nivel de conciencia, están disociadas dentro de partes de la personalidad, por lo que llegan a ser inaccesibles a modificaciones, siendo la causa de que el paciente quede expuesto a padecer una disfunción crónica en la vida diaria”.

Otros aspectos también inciden negativamente en el tratamiento del TOC, los cuales obedecen a una diversidad de factores.

La inexistencia de un modelo teórico integrativo que explique cómo el tipo de traumatización compleja que se da en el TOC se caracteriza por ser de tipo interoceptivo y con disociación estructural de partes defensivas, con independencia de que existan otro tipo de traumas.

Aunque las aportaciones de los distintos modelos al TOC son importantes para explicar distintos factores en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, se necesita complementarlos con la conceptualización del problema dentro de un caso de traumatización compleja y englobarlos dentro de un modelo explicativo, integrador y ecléctico. De la misma forma, los resultados terapéuticos han puesto de manifiesto la eficacia parcial de muchas técnicas, así como el hecho de las frecuentes recaídas.

Otro factor a considerar es la propia resistencia a la terapia derivada del miedo al cambio que presentan los pacientes obsesivos. Las partes que se resisten al cambio impiden el trabajo terapéutico. En especial, aquellas a cargo de la disociación de ciertos contenidos dolorosos del consciente, detonadas por la

terapia como una amenaza de dolor, disparando defensas disociativas.

Obsesiones y compulsiones a cargo de partes defensivas disociadas estructuralmente utilizan diferentes tendencias de acción, fisiológicas, mentales y conductuales. Intentan mantener disociada a nivel subcortical información interoceptiva (emociones, pensamientos, creencias nucleares disfuncionales e incluso partes) que constituyen “el núcleo de este tipo de traumatización interoceptiva”.

Incapacidad, por medio del procesamiento descendente, de dominar las emociones y reacciones sensoriomotrices (Schoore, 1994) de forma que los síntomas sensoriomotores y la desregulación autonómica de la reexperiencia traumática crónica y la evitación, son cuestiones difíciles de mejorar.

El modelo “Estructural Funcional de las tres Fases” (EF3F) del TOC (Pinillos, 2010), de base biopsicosocial, ofrece una explicación teórica sobre cómo las experiencias tempranas, incluyendo experiencias neonatales, ciertos estilos de apego y trauma a lo largo del desarrollo, pueden generar problemas de integración cerebral que se manifiestan en alteraciones neuroquímicas y neuroanatómicas, en problemas de personalidad y en manifestaciones de “disociación estructural”.

La sintomatología TOC y DESNOS (trastorno de estrés postraumático complejo) comparten aspectos como las alteraciones en la percepción, el procesamiento de la información, la regulación del afecto, el control de impulsos, el desarrollo de la personalidad y las intrusiones de contenidos en la conciencia, lo que apunta hacia la consideración del TOC como un problema de traumatización compleja donde la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad adquiere un papel relevante.

El modelo establece sus hipótesis en base a distintas etapas:

- **La fase I**, previa a la aparición de las obsesiones que generan condiciones básicas, aunque no suficientes, para que posteriormente aparezca el problema obsesivo. Recoge factores etiológicos que contribuyen a generar algunas fobias afectivas. Ciertas experiencias perinatales, el papel del apego inseguro y los

traumas interpersonales crónicos a lo largo del desarrollo, aparte de otro tipo de traumas, son los factores más relevantes.

- **La fase II**, experiencias de traumatización compleja, donde se produce una tipología específica de disociación estructural de contenidos interoceptivos, con disociación estructural de partes defensivas.
- **La fase III** donde se va a producir la traumatización obsesiva que provoca el bloqueo del circuito de la preocupación, la generalización y el posterior mantenimiento de los procesos obsesivos.

Este libro, basado en una dilatada experiencia clínica, pretende aportar un modelo explicativo, integrador y ecléctico del que puedan derivarse eficaces directrices que promuevan una mayor efectividad clínica en uno de los problemas más difíciles de erradicar, ofreciendo una propuesta terapéutica para el TOC.

La propuesta de tratamiento requiere necesariamente hacer adaptaciones de la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR). Reúne procedimientos de EMDR adaptados a este tipo de trastorno, desde una perspectiva holística y progresiva que se apoya en diversidad de aportaciones. Algunos de los modelos y teorías más relevantes son: el modelo de procesamiento adaptativo de la información, la teoría de la disociación estructural de la personalidad, la teoría del aprendizaje, el modelo cognitivo-conductual, el modelo sistémico, el modelo psicodinámico, el modelo analítico y de las relaciones objetales y las teorías del desarrollo y del apego, junto con las nuevas aportaciones y avances de la neurofisiología y de la neurociencia.

[PARTE 1] MARCO CONCEPTUAL

Capítulo 1 / Aspectos generales del TOC

Antecedentes

El TOC es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una de las 20 enfermedades más incapacitantes.

Cada vez es más frecuente que personajes populares admitan que lo padecen. Katy Perry, la intérprete de “Roar” confesó: “sufro un TOC, siempre quiero que todo en la casa esté organizado por orden alfabético”. Ha llegado a tomar hasta 24 pastillas por día debido a este trastorno y admite que empeora durante sus giras.

Otro que ha tenido problemas debido al TOC es Woody Allen, quien ha manifestado estar obsesionado con la muerte, llegando a medir su temperatura cada 30 minutos. “No es que tenga miedo a morir, solo que no quiero”.

Por su parte, Daniel Radcliffe desarrolló esta enfermedad con tan solo 5 años. Tuvo que ir a terapia cuando su ansiedad fue tan fuerte que pasaba cinco minutos apagando la luz.

Leonardo DiCaprio reconoce que de pequeño caminaba por la calle pisando las grietas del suelo o los chicles de la acera, lo que provocaba que tardase mucho tiempo en llegar a su destino; Cameron Díaz no toca nunca un picaporte para abrir una puerta. David Beckham, que fue uno de los primeros en atreverse a hablar de dicha condición, necesita ver todas las latas de Coca-Cola alineadas; o el actor español Damián Alcólea que ha pasado por todos los tipos de TOC, realizando rituales como comprobar si está cerrada el agua, lavarse los dientes o las manos una y otra vez, incluso con lejía, hasta hacerse sangrar, o tener que tocar a la gente. Aunque ha pasado por épocas sin rituales físicos, reconoce que entonces los tenía mentales, donde repetía ideas o se quedaba enganchado en conversaciones.

Aunque es común que todos, en algún momento, hayamos vivido situaciones donde nos preocupamos por algo, como dejarnos una puerta mal cerrada, esto no significa que seamos obsesivo-compulsivos. El problema es cuando, como consecuencia de un

pensamiento, imagen o impulso que no es lógico y que no se puede controlar, afecta de forma importante la vida personal y/o laboral.

Hay que tener en cuenta también que el término TOC puede estar refiriéndose a distintos síndromes relacionados con problemas psicológicos distintos, ya que la obsesividad puede ser sintomatología de la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, o formar parte de un trastorno disociativo.

Este trastorno fue descrito por primera vez por Esquirol en 1838 (citado en Cruzado, J.A. 2011) y desde entonces ha supuesto un reto conocer su etiología ya que sus síntomas, las características de las personas que lo padecen, y los modos de presentación son muy diversos debido a la existencia de diferentes subtipos de los que hablaremos más adelante.

Durante el pasado siglo XX, diversos autores (tomado de Asorey, 2013) han definido el TOC como:

Janet (1903) hace una descripción funcional del síndrome, agrupando sus elementos: indecisión, verificación, duda, tendencia a la introspección y a la despersonalización.

Schneider (1925) define las obsesiones como elementos de la conciencia (pensamientos, sentimientos, impulsos y acciones) que, cuando se manifiestan, van acompañados de experiencias subjetivas de compulsión de las que el sujeto no puede deshacerse, a pesar de saber que son insensatas e inútiles.

Lewis (1936) entiende que lo esencial del trastorno es el sentimiento de las personas que lo padecen de tener que resistirse a la obsesión y no tanto el reconocimiento del “sinsentido” de las obsesiones.

Mayer-Gross (1955) afirma que “la naturaleza esencial del síntoma obsesivo o compulsivo está en su manifestación como un elemento mental, una idea, una imagen, un afecto, un impulso o un movimiento, caracterizados por una sensación subjetiva de compulsión que supera a una resistencia interna. Esta resistencia es la característica esencial que distingue a los fenómenos obsesivos reales de otros fenómenos con los cuales pueden ser comparados”.

Teasdale (1974) enuncia las características del trastorno: a) elevada frecuencia de aparición del comportamiento, su persistencia y su repetición; b) su forma estereotipada de manifestarse; c) el

sentimiento subjetivo de compulsión al realizar ese comportamiento; y d) el hecho de que el comportamiento les parezca carente de sentido a las otras personas y resulte embarazoso para el sujeto.

Rachman y Hodgson (1980) definen la obsesión como una idea invasiva, repetitiva, una imagen o afecto inaceptables que provocan una resistencia subjetiva que lleva a una angustia psicológica al intentar hacerla desaparecer o controlarla.

En el siglo XXI la Asociación Estadounidense de Psicología (APA, 2014), en el DSM 5, define las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Descripción

El TOC constituye un trastorno específico, con un inicio infanto-juvenil, con tendencia a la cronicidad.

Las ideas obsesivas constituyen el núcleo de la patología obsesiva y se definen como “pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos”.

Aunque puede presentar una pluralidad de manifestaciones, existen una serie de indicadores comunes como la presencia de múltiples obsesiones y compulsiones, la ansiedad como síntoma predominante, el temor a que algo terrible suceda de lo que el paciente pueda ser responsable, sentimientos de depresión e indefensión, conflicto entre los componentes cognitivos y emocionales y en muchos casos un deterioro de la situación sociolaboral o familiar.

Aspecto característico del trastorno es el carácter intrusivo e incontrolable de la obsesión, ya que el sujeto reconoce las obsesiones como patológicas y procedentes de sí mismo, aunque se resista y escapen a su control voluntario, invadiendo su actividad cognitiva de forma agobiante. Pueden presentarse en forma de

pensamientos, imágenes o impulsos y sus contenidos suelen ser de índole negativa.

El carácter repetitivo de las obsesiones provoca una lucha ansiosa y ansiógena, es decir, que la consecuencia de la lucha con la ansiedad es a su vez fuente de ansiedad. Debido a la ansiedad provocada por las obsesiones, el paciente intenta aliviarla mediante distintas estrategias, entre las que se encuentran los rituales, lo cual genera un círculo vicioso del que es complicado salir.

Dada la escasa tolerancia frente a la incertidumbre, el obsesivo presenta dificultad para aceptar el margen de incontrolabilidad que la vida encierra.

Según la American Psychiatric Association (DSM 5) el TOC se incluye dentro de una nueva categoría: "TOC y trastornos relacionados", como el Trastorno Dismórfico Corporal, el Trastorno de Acumulación, la Tricotilomanía, el Trastorno de Excoriación, el TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, el TOC y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, otros Trastornos Obsesivo Compulsivos y trastornos relacionados especificados y el TOC y trastornos relacionados no especificados.

Criterios para el diagnóstico del TOC

Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. La mayoría de las personas con TOC presentan tanto obsesiones como compulsiones, aunque un pequeño porcentaje (2%) presentan solo obsesiones. También pueden darse compulsiones sin obsesión o malestar (10%), que según Cruzado (1998) tienen el objetivo de prevenir la aparición de la obsesión y se han integrado en la forma de funcionar de la persona.

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

Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante el trastorno como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. Hay que señalar que las obsesiones no son preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. Según cita Bados (2005), Lee y Kwon (2003) clasifican las obsesiones en autógenas y reactivas.

Éstos señalan que en las obsesiones autógenas es difícil encontrar estímulos desencadenantes, asociándolas con temas de contenido inmoral como blasfemias, sexo, agresividad y con rituales encubiertos como rezar, imaginar escenas o imágenes contrarias a la obsesión como medio de control. Relacionan las obsesiones con la tendencia a sobreestimar la importancia de los pensamientos, con la creencia fusión pensamiento-acción (p. ej; “pensar en hacer daño a alguien es tan inmoral como la acción real”). Esta creencia disfuncional es un aspecto nuclear en los TOC que ha sido puesta de manifiesto por diversos autores (Rachman, 2003; Wells, 2000)

En las obsesiones reactivas, hay situaciones o estímulos específicos que las activan y la persona suele recurrir a rituales observables de lavado, comprobación, orden, entre otras. Los autores consideran que este tipo de obsesiones se relacionan con la sobreestimación de responsabilidad y/o control sobre la ocurrencia y/o prevención de eventos aversivos.

El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión)

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

Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p.ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

- Con introspección buena o aceptable: el sujeto reconoce que las creencias del TOC son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- Con poca introspección: el sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.
- Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: el sujeto está completamente convencido de que las creencias del TOC son ciertas.

Forma (modalidades) y contenido de las obsesiones

Con respecto a la forma, las obsesiones se clasifican en:

Impulsos obsesivos, que no hay que confundir con las compulsiones. El impulso obsesivo surge incontrolable, intrusivo,

mientras que la compulsión es la materialización de éste en una conducta. Un ejemplo de impulso obsesivo es el de una paciente que cuando ve un escote, un brazo o las piernas de una mujer, nota una fuerza interna incontrolable que, según sus palabras, le impulsa a dejar pegados los ojos a esa visión, y en este caso la compulsión, que tiene la función de resistirse a ese impulso, es cerrar los ojos.

Las representaciones obsesivas pueden tomar la forma de una imagen, invasiva e incontrolable. Como ejemplo, el caso de una paciente que se veía invadida por imágenes de un cuchillo clavado en su hijo, o una hoja de afeitar clavada en un ojo.

Los temores obsesivos suelen tomar la forma de dudas anticipatorias como por ejemplo el pensamiento de “¿y si le ocurre algo malo a mi familia?” o “¿y si piensan de mi que soy homosexual?”

Un ejemplo curioso de ideas obsesivas es la que presentó un paciente, donde la idea constante, que martilleaba su mente de forma casi continua, era la de qué feliz era y cuánto tiempo le quedaba de vida para disfrutar.

En las dudas obsesivas, la persona se queda atrapada en dudas angustiosas, de forma que es incapaz de tomar una decisión, como la duda de si se quiere a la pareja o qué trabajo elegir.

Con respecto al contenido

Con respecto al contenido, aunque cualquier tema es susceptible de ser objeto de una obsesión, existen algunos más frecuentes como los morales, de pureza y protección corporal, de protección ante peligros interiores o exteriores, de orden y simetría, de precisión y perfeccionismo o referentes al paso del tiempo. El estudio realizado por Leckman y Bloch (2008) en el que se analizaban 21 estudios con un total de 5.124 participantes, se establecieron cuatro dimensiones:

- **Simetría/orden.** Obsesiones de simetría u orden, con rituales de ordenar, contar o repetir.
- **Daño/comprobación.** Obsesiones de contenidos prohibidos que incluyen: agresión/daño, sexo, religión y somáticos (enfermedades, defectos corporales) acompañadas de compulsiones de comprobación y reaseguración.

- **Contaminación/lavado.** Obsesiones de contaminación, junto con compulsiones de limpieza.
- **Almacenamiento.** Obsesiones de almacenamiento, adquisición y retención de objetos, junto con compulsiones de coleccionismo o almacenamiento.

También en ocasiones se pueden encontrar obsesiones sin sentido como melodías, frases, palabras y que causan malestar, como un eslogan publicitario que impide concentrarse a la persona.

Con respecto al tipo de compulsión

Las compulsiones o rituales son habituales en el trastorno. Las compulsiones son actos que pueden realizarse en público o en secreto, a nivel conductual o cognitivo, y que se asocian con la presencia de obsesiones. Tienen como objetivo eliminarlas y evitar las consecuencias terribles que anticipan constantemente.

Los tipos de TOC pueden clasificarse de acuerdo con el ritual en distintas categorías;

- **Lavadores y limpiadores.** Tienen temor a la contaminación a través de determinados objetos o situaciones. La acción de lavar y limpiar tiene el objeto de evitar consecuencias no deseadas, como la muerte y enfermedad. Pero muchas veces el ritual tiene por objeto restaurar la sensación de tranquilidad.

Cuando el contacto que temen se produce, suelen experimentar una sensación desagradable sobre su piel y lo único que desean es liberarse de esa sensación que les resulta angustiosa.

Suelen ser objeto de temor las secreciones corporales. Ello puede incluir la idea de que las secreciones corporales estén contaminadas por gérmenes. La contaminación puede extenderse fácilmente de un objeto a otro, llegando a ser interminable y extendiéndose en algunos casos a todo el mundo físico que les rodea.

- **Verificadores.** Tienen temor a que ocurran determinadas catástrofes, por lo que verifican para evitar que ocurran. Las más comunes tienen que ver con el entorno físico.
- **Repetidores.** Temen que los pensamientos invasivos puedan convertirse en realidad, por lo que repiten la acción cuyo fin es impedirlo. A diferencia de los verificadores no se puede identificar

una conexión lógica entre la obsesión y la compulsión, ya que en su pensamiento está presente una cualidad mágica.

- **Ordenadores.** Necesitan que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas, y usan rituales para combatir una sensación general de incomodidad muy aversiva cuando las cosas no están como “deberían”.
- **Acumuladores.** Coleccionan y hacen acopio de infinidad de objetos ante la eventualidad que pudieran necesitarlos en el futuro.
- **Ritualizadores mentales.** Temen que los pensamientos invasivos puedan convertirse en realidad y repiten acciones mentales.
- **Atormentados y obsesivos puros.** Temen pensamientos invasivos que pueden ser preocupaciones sobre hechos cotidianos, violentos o vergonzantes, pero que no combaten con acciones físicas. Aunque existe una resistencia activa, dicho ritual puede estar ausente en casos muy cronificados debido al poco éxito de los esfuerzos por controlar el comportamiento durante años.

Ejemplo de un trastorno obsesivo con diversas obsesiones y tipos de compulsiones

El pianista James Rhodes, en el libro Instrumental (2015), explica el Trastorno Obsesivo que padece.

“Tengo que tocar las cosas de una manera determinada, marcar ciertos ritmos de forma impecable, besar o paredes o piernas, pulsar los interruptores de la luz el número correcto de veces, etcétera.

Cuando estoy tocando en el escenario el tema se vuelve peligroso: si una parte de mi mano izquierda roza las teclas del piano, tengo que reproducir exactamente el mismo roce con la derecha. Tengo que hacerlo. Enseguida, además. Lo cual no es algo en lo que me convenga estar pensando mientras trato de recordar las 30.000 notas en la sonata de Beethoven.

También me veo obligado a olisquearme las manos en ciertos momentos mientras toco. Intento sin lograrlo presentar todo esto como un elemento del temperamento artístico, para que la gente no se dé cuenta. También intento esperar a estar interpretando un

fragmento muy sonoro para soltar un chillido y que el público no me oiga.

Trato, improvisadamente, de cambiar la digitación que he pasado cientos de horas memorizando para poder doblar las manos hacia dentro y rozar el borde de las teclas, y de ese modo llevar a cabo una peculiar manía. Y más vale que no vea un pelo en una tecla. En este caso, tengo que sacar el tiempo necesario para quitarlo, en medio de la ejecución, y lograr que todo esté limpio.

Me resulta imposible detener mis pensamientos, porque si lo hago sucederán cosas espantosas. De modo que cuando estoy de los nervios, pensando en algo malo, quizá que mi novia está ligando a saco con otro tío, o quizá lo que sentiría si me autolesionara, tengo que desarrollar la idea para quedarme tranquilo. Por eso cuando alguna psicóloga bien intencionada me aconseja que me distraiga y que frene este pensamiento, me entra la risa y pienso: ni de coña, la verdad es que debería agradecerme que no lo haga, porque acabará pagando el precio, sufrirá un terrible accidente, se quedará sin trabajo, sin marido, acabará discapacitada y también le hará falta un psicólogo al que no podrá pagar, así que morirá sola sin que nadie se entere, triste y asustada”.

Características

Aspectos cognitivos

La duda obsesiva se encuentra como telón de fondo en este trastorno, donde el pensamiento dubitativo, la necesidad de certezas absolutas y la ansiedad frente a la incertidumbre constituyen una tríada constitutiva del mismo. El obsesivo es incapaz de soportar el margen de error o riesgo que suponen las experiencias humanas.

El estilo atribucional es un aspecto importante a estudiar, ya que el primer paso es la evaluación de la realidad y de los propios recursos, que puede ser adecuada o responder a errores a la hora de enjuiciarlos. La realidad puede verse como manejable o incontrolable, así como la persona puede verse con habilidades o sin ellas a la hora de enfrentarse a la situación.

El equilibrio depende de la percepción de dominio de la situación que tenga el sujeto. En el obsesivo, la convicción de dominio es mínima. Su estilo atribucional implica un *locus* de control externo,

estable y global. Lo que es consecuencia de que carece de un *locus* de control interno.

Debido a la intolerancia a la más mínima incertidumbre, utiliza como procesos cognitivos la búsqueda de señales anticipatorias de control que le permitan estar preparado para afrontar las eventualidades, condicionando su toma de decisiones. Busca gran cantidad de certezas con el fin de obtener una precaria tranquilidad frente a la necesidad de garantías totales de que el control no va a perderse.

Recorre a atribuciones supersticiosas y a la delegación de control en otras personas que puedan decidir.

En resumen, el estilo atribucional implica un *locus* de control externo, estable y global. Esto significa que los sucesos externos son independientes del comportamiento y, por tanto, incontrolables. Lo cual se manifiesta a través de los siguientes procesos cognitivos:

- Necesidad de señales anticipatorias de control, que le permitan estar preparado para afrontar las eventualidades, condicionando su toma de decisiones.
- Necesidad de garantías totales de que el control no va a perderse, para lo cual busca gran cantidad de certezas con el fin de obtener una precaria tranquilidad.
- Intolerancia a la más mínima incertidumbre.
- Atribuciones supersticiosas.
- Delegación de control en otras personas que puedan decidir.
- El temor al descontrol emocional le impulsa a intentar sujetar y reprimir las emociones.
- El pensamiento del obsesivo se fundamenta en la incapacidad para tolerar la incertidumbre, así como en efectuar cogniciones reductoras de ésta.
- Confunde lo que es posible que suceda con lo que es probable que ocurra.

El funcionamiento cognitivo de los obsesivos tiene tres características básicas:

- Rigidez de pensamiento entendiendo que la variabilidad en el objeto de la atención es difícil. Los intereses son definidos, intensos, concentrados y limitados. Habría que plantearse la

pregunta sobre si esta característica es general o sólo aplicable a lo que les importa.

- Actividad tensa y en constante esfuerzo, incluso en las tareas placenteras. Los cambios de hábitos son fuentes de ansiedad y temor.
- Pérdida del sentido de la realidad aludiendo a la constante duda que coexiste con su mayor opuesto, el dogma.

Como resumen, ciertas dimensiones relevantes apuntadas en el trabajo de Belloch y otros (2003), algunas ya citadas, se refieren a las creencias que están tanto en la génesis como en el mantenimiento del TOC, las cuales son: la fusión pensamiento-acción de tipo probabilidad, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación del peligro, fusión pensamiento-acción de tipo moral, responsabilidad excesiva, importancia de controlar el pensamiento, sobrestimación de la importancia de los pensamientos y rigidez de ideas. La rigidez de ideas haría referencia a la fuerza con que las personas mantienen sus ideas y apunta a que esta dimensión pueda estar vinculada con la personalidad. Estos factores se mantuvieron idénticos tanto para hombres como para mujeres.

La sobreestimación del peligro como tendencia a valorar como más peligrosos que lo normal problemas o situaciones comunes, junto con la responsabilidad e intolerancia a la incertidumbre, son los factores que mejor discriminan entre pacientes con TOC y otros pacientes con sintomatología ansiosa (Freston *et al.*; 1993).

Aspectos emocionales

La ansiedad e inseguridad son emociones que padecen fundamentalmente los pacientes obsesivos y que no pueden modular ni aprender a manejar, si no es a través de la terapia.

Otras emociones como culpa y depresión son componentes importantes del estado emocional en el TOC. Estas emociones se relacionan con los rituales, tienen oscilaciones paralelas y su intensidad está relacionada con la duración de los actos obsesivos.

Aunque el desencadenante del problema suele originarse en una situación que implica un intenso estado emocional, no toda obsesión surge en el seno de un intenso estado emocional. Pero hay que tener en cuenta que una vez fijada la idea obsesiva, ésta puede

desarrollarse al margen de la experiencia afectiva que la desencadenó.

La ansiedad es tanto causa como consecuencia de la obsesión. La mejoría que suele experimentar el paciente al ser tratado con fármacos, puede optimizar su afectividad, pero mantener las ideas obsesivas.

En resumen, se puede considerar al TOC como un conjunto de síntomas entre los que se encuentran las obsesiones y compulsiones que pueden ser la manifestación de diferentes factores, según cada caso.

Obsesividad no es sinónimo de TOC, por eso la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial.

Capítulo 2 / Antecedentes del modelo estructural funcional de las tres fases del trastorno obsesivo-compulsivo

Antecedentes

Hasta este momento no existe un modelo explicativo general sobre la génesis del TOC. Es sorprendente la escasa relevancia que se ha dado al papel de la traumatización compleja a lo largo del desarrollo en este trastorno.

Varias teorías consideran que el TOC tiene una base biológica. Hay datos que sugieren cierta heredabilidad genética (ver metanálisis de Hettema y otros 2001, citado en la guía NICE, 2005). La tomografía transaxial por emisión de positrones (PET), indica algunas anomalías en el funcionamiento de ciertas regiones cerebrales, fundamentalmente en la corteza orbitofrontal, el núcleo caudado y los ganglios basales. Otros estudios apuntan hacia anomalías en neurotransmisores como la serotonina, que ayuda a la regulación del ánimo, la agresión y la impulsividad. Aunque las neuronas que responden a la serotonina se encuentran en todo el cerebro, responden muy especialmente los lóbulos frontales y los ganglios basales. Se ha comprobado cómo los fármacos que inducen la captación de la serotonina parecen útiles en el tratamiento del TOC. Recientemente una investigación publicada en la revista “Molecular Psychiatry” sugiere que la ausencia de la proteína SPRED2 puede desencadenar actitudes obsesivas.

Yu *et al.* (2018) han descubierto uno de los mecanismos cerebrales asociados a las conductas repetitivas, donde el cuerpo estriado es el área cerebral clave en el TOC, atribuyendo un papel central a los astrocitos. Los astrocitos participan de alguna forma en la regulación del comportamiento neuronal a partir de señales de calcio, son responsables de regular la actividad de las neuronas cercanas y de

modificar los niveles del neurotransmisor GABA en el cuerpo estriado.

Sin embargo, cabe preguntarse, como hacen Foa y Wilson (2001), si estas alteraciones no pueden ser el resultado de las obsesiones y compulsiones, más que sus causas, o que puedan ser debidos a aspectos tempranos de carácter biopsicosocial.

Factores socioambientales donde el tipo de apego, determinados estilos educativos que enfatizan la responsabilidad y el perfeccionismo, o una formación moral o religiosa rígida e intolerante pueden contribuir a la aparición de un TOC. Factores de tipo sociocultural, fundamentalmente creencias culturales, morales y/o religiosas que enfaticen la importancia de unos aspectos (p.ej., moral, limpieza, pecado) y resten importancia o incluso juzguen negativamente a otros (p.ej., placer, disfrute, juego), han sido considerados relevantes en los modelos cognitivo-conductuales.

También han recalcado estos modelos el papel que otros factores psicológicos tienen en cuanto a predisponer a desarrollar y a mantener un TOC, moldeado por la historia de aprendizaje. Algunos de las más importantes son las creencias inadaptativas, metacogniciones referidas al pensamiento que sobreestiman la importancia del pensamiento y la responsabilidad o implicación de la propia identidad (ej.; “soy lo que pienso”, “pensar algo malo es igual que hacerlo”, “pensar algo puede hacer que ocurra”). Otras variables son la intolerancia a la duda o a la incertidumbre, la hiperresponsabilidad, el perfeccionismo entendido como la creencia de que existe una respuesta perfecta para todo y que los fallos son peligrosos porque pueden producir consecuencias terribles.

No se conocen investigaciones significativas acerca de la influencia de la biografía emocional en el funcionamiento cerebral en pacientes diagnosticados como TOC y son escasos los estudios que vinculan dichos aspectos con la constitución de la personalidad en el obsesivo. Foa y Wilson (2001) sostienen la teoría de que una persona, al mantener la mente cerrada en ciertas obsesiones, puede inconscientemente evitar pensamientos desagradables como los que constituyen una amenaza para la autoestima. Consideran que la autoestima puede desempeñar un papel relevante en el TOC, argumentando que una persona con autoestima es capaz de

aceptar errores, en contraste con alguien con baja autoestima que cuando fracasa se siente abrumado por ello, por lo que tiene la necesidad de evitarlos.

Este libro muestra un modelo integrativo, que pretende dar una respuesta a la diversidad de factores planteados desde distintos modelos acerca de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos.

El Modelo “Estructural Funcional de las Tres Fases” (EF3F) del TOC (Pinillos, 2010), está fundamentado en una pluralidad de teorías y establece sus hipótesis en relación a tres fases, donde se introduce el papel de ciertas experiencias de traumatización que tienen unas características específicas que las diferencian de otros trastornos con base traumática.

Entender los aspectos que generan las condiciones para que pueda darse el TOC, requiere conocer aspectos de la constitución del cerebro y del sistema nervioso.

Se necesita profundizar en algunos conceptos relacionados con el cerebro y la personalidad para poder entender los aspectos que definen las condiciones previas en personas con TOC. Rubia (2000) ha comparado la personalidad con una gran orquesta que ocupa un vasto territorio con base fisiológica en el cerebro y el sistema nervioso. Lo que nos introduce en cómo está constituida la personalidad y en los aspectos que inciden en ciertas tipologías y rasgos constituyentes.

Para fundamentar la base conceptual se utilizarán aportaciones de distintos modelos y teorías, entre las que se pueden destacar las siguientes: aprendizaje, cognitivo-conductual, cognitivo analítico, disociación estructural de la personalidad, modelo metacognitivo, modelo neuroquímico y neuroanatómico, neurofisiología y neurociencia, procesamiento adaptativo de la información, psicodinámica, relaciones objetales, sistémica, teoría de los afectos, teoría del apego, teoría del desarrollo y terapia centrada en los esquemas.

Se van a mostrar las bases teóricas de algunos de los modelos con los que el modelo EF3F comparte aspectos explicativos sobre el TOC.

El modelo conductual

El modelo conductual, basado en la teoría del aprendizaje de los dos factores del miedo y la evitación de Mowrer y en la teoría de la incubación de Eysenck, fundamento de los tratamientos de exposición y prevención de respuesta (Rachman y Hodgson, 1980: citados en Cruzado, 2011), sostiene que las obsesiones son pensamientos asociados a altos niveles de ansiedad, siendo estímulos condicionados, mientras que las compulsiones son conductas, motoras o cognitivas, que realiza el sujeto y que le permiten escapar o evitar la exposición a los pensamientos. Estas conductas son reforzadas negativamente por el alivio momentáneo de la ansiedad y mantienen e impiden la extinción.

Este modelo también considera el papel de la predisposición o vulnerabilidad biológica, debido a una influencia genética y familiar. Otro factor que recoge es la vulnerabilidad psicológica (aspectos morales, sesgos cognitivos de intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo, atribuciones de responsabilidad, y estados emocionales de depresión y ansiedad)

El modelo cognitivo

El modelo cognitivo, basado en los trabajos de Rachman (1993) y Salkovskis (1989) que incorpora el modelo conductual de Rachman y Hodgson (1980) (citados en Cruzado, 2011), plantea las obsesiones con origen en pensamientos intrusivos normales que tiene casi el 90% de las personas.

El paciente valora estos pensamientos intrusivos como una amenaza de grave riesgo o daño para sí mismo o para los demás, realizando una sobreestimación de la probabilidad y gravedad del daño, atribuyéndose a sí mismo la responsabilidad del daño o de su evitación o prevención, por lo que experimenta emociones negativas (por ej. ansiedad, culpa), lo que le lleva a realizar las compulsiones para neutralizarlas. La valoración exagerada que hace el paciente de su propia responsabilidad es lo que provoca la aparición de las compulsiones. El sujeto aprende a hacer esta valoración exagerada en la infancia al incorporar creencias desadaptativas o por ser una consecuencia de haber vivido experiencias traumáticas. Estas creencias disfuncionales se centran en la culpa o responsabilidad y llevan al paciente a cometer errores de pensamiento.

El modelo metacognitivo

El modelo metacognitivo, propuesto por Wells (2000) (citado en Cruzado, 2011), considera que las cogniciones de las personas sobre sus procesos cognitivos (metacognición: factores que controlan y valoran los pensamientos) son la clave para entender el desarrollo y mantenimiento del TOC.

Un pensamiento intrusivo, duda o sentimiento/emoción activa las creencias metacognitivas acerca del significado de estos pensamientos o sentimientos intrusivos, creencias que tienen que ver con los peligros y el significado del pensamiento. Las creencias metacognitivas serían de tres tipos: a) pensamiento acción-fusión (si siento que voy a hacer daño a alguien, lo haré); b) fusión pensamiento-evento (creencia de que tener un pensamiento hace que suceda algo, que ya está sucediendo o que va a suceder); y c) pensamiento o fusión de objeto (creencia de que los pensamientos, memorias o sentimientos se pueden transmitir o comunicar a través de objetos: “los objetos pueden estar contaminados con malos recuerdos”)

El modelo neuroquímico y neuroanatómico

El modelo neuroquímico y neuroanatómico se apoya en los estudios con resonancia magnética que mostraron que los casos con TOC tenían significativamente a nivel estructural menos materia blanca que los casos normales de control, lo cual sugiere una anomalía cerebral ampliamente distribuida en el TOC.

Según una revisión de los hallazgos de neuroimagen en el TOC desde la década de 1980 (Hazari *et al*; 2019), se han mostrado diferencias funcionales significativas entre los pacientes TOC y los controles sanos. Las imágenes halladas inicialmente mostraron hiperactividad en el córtex prefrontal (fundamentalmente el córtex orbitofrontal), el córtex cingulado anterior y el núcleo caudado que condujeron al postulado del modelo cortico-estriado-tálamo-cortical (CSTC) en la neurobiología del TOC. Independientemente, en las últimas dos décadas la evidencia que emerge sugiere la implicación de redes asociativas generalizadas, incluyendo regiones del córtex parietal, áreas límbicas (incluyendo la amígdala) y el cerebelo.

Estas investigaciones citadas, apoyadas en la tomografía por emisión de positrones (PET), permiten concluir que este tipo de pacientes tiene esquemas de actividad cerebral que difieren de los de personas sin enfermedad mental o con alguna otra enfermedad mental. Los estudios de formación de imágenes cerebrales de TOC muestran actividad neuroquímica anormal en ciertas regiones conocidas como “el circuito de la preocupación”. Los resultados de distintos estudios anteriormente citados revelan que en el TOC están implicadas áreas cerebrales como la corteza prefrontal y la corteza orbitofrontal, el cíngulo anterior, los ganglios basales, la amígdala, el núcleo accumbens y los núcleos talámicos, y otras redes asociativas generalizadas. También se confirma la hipótesis de que las diferentes dimensiones de síntomas del TOC (contaminación/limpieza, daño/comprobación y simetría/orden) tienen sustratos neuroanatómicos diferentes.

El hecho de que pacientes con TOC respondan bien a medicamentos específicos que afectan el neurotransmisor serotonina parece apoyar el modelo neuroquímico. El neurotransmisor que está asociado con el TOC de forma más específica es la serotonina, por lo que se considera que los niveles de este neurotransmisor o bien están disminuidos o sus receptores están alterados. También se relaciona sintomatología obsesivo-compulsiva con un exceso de dopamina y algunas enfermedades neurológicas en las que están afectados los ganglios basales y las vías dopaminérgicas y el ácido glutámico y las neuronas glutamatérgicas que inervan dos regiones estrechamente involucradas en el TOC, como son los ganglios basales y la corteza frontal (tomado de Cruzado Rodríguez, 2011). Y los astrocitos que modifican los niveles del neurotransmisor GABA en el cuerpo estriado.

La evidencia de que un tratamiento con medicación o terapia conductista puede producir cambios en el cerebro que coincidan con una mejoría clínica plantea la duda sobre qué tipo de factor originó el problema. Es conocido el efecto de cómo determinadas experiencias a lo largo del desarrollo, desde etapas prenatales, afectan a la estructura y el funcionamiento del cerebro. El cerebro infantil es el órgano más indiferenciado del cuerpo. Los genes y las

experiencias tempranas modelan la forma en que se conectan entre sí las neuronas y, de este modo, forman circuitos especializados que dan origen a los procesos mentales. Por ello, las experiencias en los orígenes de la vida tienen un enorme impacto sobre la mente en desarrollo (Siegel, 1999).

El modelo estructural funcional de las tres fases del TOC

El modelo estructural funcional de las tres fases del TOC (Pinillos, 2010), se basa en los nuevos descubrimientos científicos de la neurociencia e integra los conocimientos de modelos anteriores, aportando un enfoque integrativo que facilite el conocimiento y tratamiento de este complicado espectro de síndromes que puede constituir el TOC. Se sustenta en una base biopsicosocial, ofrece una explicación teórica amplia sobre cómo las experiencias tempranas, incluyendo ciertos estilos de apego y trauma a lo largo del desarrollo, pueden generar problemas de integración cerebral que se manifiestan en alteraciones neuroquímicas y neuroanatómicas, en problemas de personalidad y en manifestaciones de “disociación estructural”.

El TOC es un trastorno clínicamente heterogéneo, caracterizado por múltiples dimensiones de síntomas, que resultan estables a lo largo del tiempo (Van den Heuvel *et al.* 2009). Todo apunta a que el TOC puede no ser un trastorno único, sino un espectro de síndromes potencialmente coincidentes (Bados, 2005).

La búsqueda de causas debe estar enfocada hacia la investigación de la interacción de factores neurobiológicos e influencias ambientales, así como de los procesos cognitivos.

El hecho de que el TOC esté acompañado con frecuencia de depresión, problemas de alimentación, trastorno de personalidad, u otros trastornos de ansiedad (Holtkamp *et al.*, 2005) o ser un síntoma más de un trastorno disociativo, puede hacer que sea más difícil poder conceptualizarlo, diagnosticarlo y tratarlo.

El Modelo EF3F establece sus hipótesis en base a distintas fases: la fase I, previa a la aparición de las obsesiones, genera condiciones básicas para que posteriormente pueda aparecer el problema obsesivo; la fase II, experiencias de traumatización compleja de

índole interoceptiva; y la fase III donde se genera la traumatización obsesiva que provoca el bloqueo del circuito de la preocupación, procesos de generalización y el posterior mantenimiento de los procesos obsesivos.

La fase I del modelo recoge factores etiológicos como la vulnerabilidad emocional basada en déficits de integración cerebral y fragilidad neurofisiológica y el papel de las fobias afectivas en la génesis de esquemas defensivos.

En la fase II del modelo se van a dar una o más experiencias traumáticas donde se produce una tipología específica de disociación estructural que va a generar que información interoceptiva y partes que defienden que esa información disociada pase a la conciencia, quedando almacenadas disfuncionalmente.

También hay que recalcar el papel de otras experiencias traumáticas que alimentan a los disparadores de la obsesión.

En la fase III del modelo se va a producir una nueva traumatización como consecuencia de la aparición del proceso obsesivo compulsivo. El proceso obsesivo constituido por una obsesión (pensamiento, imagen mental o impulso intrusivo), las emociones y sensaciones elicítadas, y las respuestas mentales y conductuales (conductas de neutralización) - debido a la elevada activación emocional -, generan un efecto estructural que bloquea esta información en el sistema nervioso, en el circuito de la preocupación (corteza orbitofrontal, cíngulo anterior, núcleo caudado) y en otras redes asociativas y que las investigaciones con técnicas de neuroimagen han podido confirmar (Hazari *et al*; 2019).

En resumen, una obsesión está a cargo de una parte, disociada estructuralmente, que protege de fallar al sistema de defensa encargado de evitar la toma de conciencia de contenidos dolorosos, ante los que el paciente se siente vulnerable y que comprometen el concepto de sí mismo.

Se activa ante estímulos que señalan o aluden a lo desconocido, incierto o potencialmente peligroso. Estos estímulos conectan con el temor nuclear (TN) (contenido mental referido a amenazas físicas/sociales e interoceptivas) y relacionado con la vulnerabilidad ante el dolor.

Se manifiesta a través de pensamientos, imágenes e impulsos que producen un efecto paradójico al que buscan conseguir (generan intranquilidad para producir tranquilidad, inseguridad para obtener seguridad o dolor para proteger del dolor).

Activa conductas de neutralización que utilizan tendencias de acción conductuales, mentales y de la defensa física.

En los siguientes apartados se irán desarrollando estos conceptos.

El papel del trauma psicológico en el TOC

Como se citó anteriormente, en el DSM-5 se admite por primera vez el papel del trauma en la etiología del TOC, de modo que se abre una nueva directriz para la conceptualización del trastorno dentro de un problema de traumatización.

Con frecuencia aparecen en prensa personajes famosos que reconocen padecer un TOC y que lo asocian a sus experiencias traumáticas infantiles. Es el caso de la protagonista de *Mamma mia*, Amanda Seyfried, quien explica que se burlaban en el colegio de ella por ser fea y muy blanca de piel; o de Charlize Theron, obsesiva con el orden, que tuvo una infancia muy dura. Su padre era un alcohólico maltratador y una noche se presentó borracho y armado: “golpeaba la puerta gritando que nos mataría con su escopeta”, recordaba la actriz, que presencié cómo su propia madre asesinaba a su padre para protegerla. Entre las secuelas reconocidas por la propia actriz, está el que sufre desde entonces un TOC.

La sintomatología TOC y el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo o DESNOS comparten aspectos como las alteraciones en la percepción, el procesamiento de la información, la regulación del afecto, el control de impulsos, el desarrollo de la personalidad y las intrusiones de contenidos en la conciencia. Todo apunta hacia la consideración del TOC como un problema de traumatización compleja donde la teoría de la disociación estructural de la personalidad adquiere un papel relevante. Investigaciones previas sugieren una relación entre trauma y psicopatología. El maltrato infantil genera un lastre generalizado de dimensiones psicopatológicas. Keyes *et al.* (2012) concluyen en su investigación que existen caminos etiológicos específicos entre maltrato y psicopatología.

Hacia este mismo sentido apunta el metanálisis basado en la valoración de 285 artículos y 124 estudios (Norman *et al.*, 2012) que evidencia una relación causal entre maltrato infantil no sexual y un amplio rango de trastornos mentales. Todas las formas de maltrato infantil deben ser consideradas riesgos importantes para la salud con un impacto considerable entre los mayores contribuidores de enfermedad en todas las partes del mundo.

Como parte de un proyecto de colaboración entre grupos de investigación de Sudáfrica y Suecia (Lochner *et al.*, 2010), los hallazgos sugieren que los pacientes con trastorno de ansiedad pueden diferir entre países en términos de trauma infantil. Ciertas formas de abuso infantil pueden contribuir específicamente a la vulnerabilidad a diferentes tipos de psicopatología.

Otros estudios e investigaciones apuntan de forma específica a la relación entre trauma y TOC. Están aumentando las investigaciones que vinculan las experiencias traumáticas en la infancia con el desarrollo del TOC. Se citan a continuación los hallazgos de investigación que avalan la consideración del TOC dentro de los trastornos con base traumática.

El estudio de McKeon *et al.* (1984) se enfocó en buscar la relación entre acontecimientos de vida, TOC y rasgos de personalidad en el TOC. La muestra fue de 25 pacientes con TOC y un grupo control. Se evaluaron los acontecimientos vitales el año previo al inicio de la enfermedad y la fecha de la entrevista respectivamente, por medio del Cuestionario de Acontecimientos Vitales (Paykel). Se utilizó el Cuestionario Standard de Valoración de la Personalidad para clasificar la personalidad premórbida de los pacientes. Los resultados indican que la media de la puntuación de acontecimientos vitales de los pacientes obsesivo-compulsivos fue significativamente mayor que la del grupo control; y esta superioridad abarca los seis meses previos al inicio de la enfermedad. Lo cual parece indicar que un acontecimiento vital puede ser un desencadenante del TOC, aspecto que se refleja en el Modelo EF3F.

Sin embargo, los pacientes con rasgos de personalidad anormales (obsesivos, ansiosos y cohibidos) experimentaron significativamente menos acontecimientos vitales los seis meses previos al inicio de la

enfermedad que aquellos sin dichos rasgos. La explicación puede estar en que se está considerando solo el trauma en la edad adulta, cuando son los traumas a lo largo del desarrollo los que se consideran la base de los rasgos de personalidad y un factor etiológico en el trastorno, según el Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases.

En la misma línea, Gothelf *et al.* (2004) estudiaron la relación entre acontecimientos de la vida y factores de personalidad en niños y adolescentes con TOC y otros trastornos de ansiedad.

La asociación entre acontecimientos vitales, factores de personalidad y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes fue valorada en 28 chicos con TOC, 28 chicos con otros trastornos de ansiedad y 24 controles normales mediante el Checklist de Acontecimientos Vitales y el Inventario de Temperamento y Carácter junior.

Los chicos con TOC tuvieron significativamente mayor número total de acontecimientos vitales, así como también mayor número negativo de acontecimientos vitales en el año previo que el grupo control, y percibían estos acontecimientos como más impactantes, lo cual concuerda con la tesis sostenida por el Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases del papel prioritario de la interpretación del evento.

Los chicos con TOC y otros trastornos de ansiedad puntuaron más alto que el grupo control en el parámetro de la evitación del daño del Inventario de Temperamento y Carácter Junior. Las puntuaciones del parámetro de evitación del daño correlacionan positiva y significativamente con la ocurrencia reportada de acontecimientos vitales negativos y su impacto percibido. Por tanto, la cantidad, la calidad y la especificidad de los acontecimientos vitales podría estar asociada con el TOC.

Los resultados del estudio de Briggs y Price (2009) indican que las experiencias adversas en la infancia están fuertemente asociadas con las creencias y los síntomas TOC.

El objetivo del estudio de Carpenter *et al.* (2011) fue investigar las interrelaciones entre trauma infantil, apego, alexitimia y gravedad del TOC en una cohorte de participantes con TOC. La muestra fue de 82 personas con TOC y 92 participantes control. Se utilizó el

Cuestionario de Trauma Infantil revisado (CTQ-R); la Escala Obsesiva Compulsiva Yale-Brown (Y-BOCS-SR); la Escala de experiencias en Relaciones Estrechas (ECR); y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Los resultados respaldaron todas las hipótesis que se hicieron: hubo una correlación positiva significativa entre trauma infantil y apego evitativo, lo que a su vez estuvo asociado positiva y significativamente con alexitimia. La alexitimia estuvo asociada significativamente con la gravedad y el número de síntomas TOC. Se puede concluir que existe una relación entre el trauma infantil y el TOC, influenciada por experiencias del pasado con otros significativos y asociada con dificultades en el procesamiento emocional.

Selvi, Y; Besiroglu, L; Aydin, A; Gulec, M; Atli, A; Boysan, M; *et al.* (2012) investigaron la posible relación entre trauma infantil, disociación y procesos cognitivos. Se evaluaron 95 pacientes con TOC mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAFS), el Cuestionario de Metacogniciones (MCQ-30), el Inventario de Supresión Oso Polar (WBSI), la Escala de Experiencias Disociativas (DES) y el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-28). Los resultados indican que la puntuación total del CTQ-28 no estuvo asociada con las puntuaciones en los demás cuestionarios. Igualmente, sugieren que, a pesar de la connotación patológica de experiencias disociativas, la disociación puede primariamente constituir un rasgo cognitivo que está fuertemente asociado con procesos cognitivos.

Lochner *et al.* (2002) investigaron la relación entre Trauma infantil y TOC. El cuestionario de Trauma infantil Revisado (CTQ), que valora abuso físico, emocional y sexual, así como negligencia física y emocional, fue administrado a pacientes mujeres con TOC y a un grupo de control normal. Los resultados mostraron una gravedad superior significativa del trauma infantil en general, y negligencia emocional específica, en los grupos de pacientes comparados con el grupo control. Aunque múltiples factores pueden intervenir en la etiología del TOC, este estudio es coherente con la evidencia de estudios previos que sugieren que el trauma infantil puede desempeñar un papel en el desarrollo de este trastorno.

Cromer *et al.* (2007) examinaron con base en pasadas investigaciones las contribuciones de acontecimientos vitales traumáticos sobre la gravedad y las características sintomáticas en 265 individuos mediante entrevista clínica estructurada del DSM-IV (SCID) diagnóstico TOC. De estos participantes, el 54% respalda haber experimentado por lo menos un evento vital traumático a lo largo de su vida. La presencia de uno o más eventos vitales traumáticos estuvo asociada con el aumento de la gravedad de los síntomas TOC. Además, obsesiones/comprobación y simetría/orden fueron dos factores de los cuatro síntomas que fueron específicamente asociados con la incidencia de acontecimientos vitales traumáticos. Estos resultados soportan globalmente la relación ente acontecimientos vitales traumáticos y sintomatología TOC y sugieren la necesidad de una mayor consideración sistemática de estresores vitales en la investigación focalizada en la naturaleza y tratamiento del TOC.

Asimismo, el papel de las experiencias traumáticas en la génesis del TOC es el objetivo del trabajo de De Silva *et al.* (1999). Mientras la clásica teoría de condicionamiento precoz sobre el inicio del TOC tiene únicamente soporte empírico limitado, las autoridades siempre han reconocido el papel del estrés como factor precipitante de este trastorno, y como factor disparador de recaída en aquellos que habían sido tratados con éxito. En este estudio se citan casos clínicos que muestran una relación causal entre trauma grave y el inicio del TOC.

En el artículo de Sasson *et al.* (2005) se documentan 13 casos de veteranos militares israelíes diagnosticados con TOC y trastorno por estrés postraumático y en los que el inicio del TOC estuvo claramente asociado a trauma.

También se ha realizado un estudio (Fontenelle *et al.*, 2012) comparando las características sociodemográficas y clínicas en 106 pacientes que habían desarrollado TOC tras un trastorno por estrés postraumático (PETP; llamado TOC postraumático), en 41 pacientes que desarrollaron TOC antes de PETP (TOC pre-traumático) y en 810 pacientes TOC sin ninguna historia de PETP (TOC no traumático). Los pacientes con TOC postraumático sin historia previa de síntomas obsesivos compulsivos mostraron niveles más

bajos de educación, tasas mayores de síntomas lavado-contaminación y una miscelánea de síntomas más graves comparado con los pacientes TOC postraumáticos con historia de síntomas obsesivo-compulsivos.

Una historia de acontecimientos psicológicos traumáticos puede estar sobrerrepresentada en niños con TOC, según los hallazgos de Lafleur, Petty, Mancuso *et al.* (2011).

El objetivo del estudio de Bey *et al.* (2017) fue investigar cómo los rasgos de personalidad de evitación y la experimentación de adversidades en la infancia contribuyen al TOC. En el estudio participaron un total de 169 pacientes con TOC, 157 sujetos sanos comparadores y 57 familiares en primer grado no afectados de pacientes TOC. La evitación del daño fue valorada mediante el Inventarios de Temperamento y Carácter, y la gravedad de las adversidades infantiles fue medida mediante el Cuestionario de Trauma Infantil.

Los resultados indican que tanto los pacientes con TOC como los familiares mostraron elevados niveles de evitación del daño comparados con los controles. Pero los pacientes mostraron puntuaciones significativamente más altas que los familiares. Este patrón lineal fue observado en todas las subescalas de evitación de daño, y se mantuvo estable tras el control de la gravedad de los síntomas depresivos y obsesivo-compulsivos. Con respecto a las adversidades infantiles, los pacientes TOC reportaron mayores niveles que los familiares y los controles.

Estos resultados proporcionan evidencia adicional al modelo diátesis-estrés del TOC. Si pacientes y familiares no afectados comparten niveles elevados de evitación del daño, se respalda el papel de la evitación del daño como un endofenotipo del TOC. Sin embargo, la gravedad de las adversidades infantiles sólo se observó en pacientes.

El trauma infantil ha estado vinculado al desarrollo de psicopatología posterior, incluyendo TOC. Aunque existe evidencia que sugiere que la genética y los factores ambientales están involucrados en la etiología del TOC, se ha prestado poca atención a las interacciones que existen entre genética y ambiente. El propósito del estudio de Hemmings *et al.* (2013) fue investigar las

interacciones genéticas y ambientales entre el trauma infantil y el polimorfismo BDNF Val6Met en pacientes con TOC, siendo uno de los primeros estudios que investiga las interacciones genético-ambientales en el trastorno.

El trauma infantil fue valorado en 134 pacientes TOC y 188 controles utilizando el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ). Las interacciones genéticas y ambientales fueron estimadas incluyendo una escala, combinación de genotipo y CTQ en los modelos como condición de interacción.

Los resultados concluyeron que el trauma infantil, específicamente el abuso emocional y la negligencia, aumenta significativamente la probabilidad de tener TOC. Aunque no fue observada una asociación entre el polimorfismo BDNF Val66Met y el desarrollo de TOC, los análisis de interacción indicaron que el alelo BDNF Met interactuaba con el abuso emocional aumentando el riesgo TOC significativamente de una manera dosis dependiente.

En esta misma línea que investiga las interacciones genéticas y ambientales entre trauma infantil y los polimorfismos genéticos en el MAOA, MAOB y COMT en TOC, se enmarca el estudio piloto de McGregor *et al.* (2016). Las monoaminooxidasas (MAOA/B) y las enzimas catecol-O-metiltransferasas rompen los componentes regulatorios en las vías de la serotonina y la dopamina, y los polimorfismos en estos genes son candidatos para la susceptibilidad TOC. El trauma infantil ha sido vinculado también a la psicopatología TOC. Se genotiparon 10 polimorfismos (MAOA: 3 variantes, MAOB: 4 variantes, COMT: 3 variantes) en una cohorte de pacientes TOC y controles. El trauma vital temprano fue valorado mediante el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ). Los resultados preliminares indicaron que los polimorfismos en los genes MAOB y COMT en interacción aumentan el riesgo de TOC. El trauma infantil interactúa con los halotipos en COMT, MAOA y MAOB, aumentando el riesgo de TOC.

En resumen, se puede concluir que hay evidencia científica que respalda la hipótesis de que el TOC es un problema de traumatización compleja con inicio en etapas tempranas del desarrollo.

Capítulo 3 / Fase I

Introducción

Aunque los factores que contribuyen a padecer un TOC pueden ser variados, incluyendo los de índole puramente física como las infecciones que producen inflamación del núcleo caudado, este es un modelo multifactorial que incorpora aportaciones biopsicosociales.

Esta fase, previa a la aparición de las obsesiones, genera condiciones básicas que van a contribuir posteriormente a que aparezca el problema obsesivo. En esta fase se origina la vulnerabilidad biológica y emocional, aparecen fobias afectivas y defensas con repercusiones importantes en la personalidad, que conforman el estilo defensivo. A continuación, se enumeran los factores que van a contribuir a generar esas condiciones necesarias.

La fase I tiene en cuenta diferentes aspectos, que comparte con el modelo conductual, como la predisposición o vulnerabilidad biológica y la influencia genética y familiar.

Al igual que plantea el modelo neuroquímico y neuroanatómico, también este modelo comparte la influencia de un sustrato neuroquímico y neuroanatómico en el problema TOC. Déficits de integración cerebral, alteraciones bioquímicas y fragilidad neurofisiológica repercuten en dificultades para la autorregulación emocional y el afrontamiento del estrés. Estas dificultades en el control de los afectos pueden generar fobia a los afectos, condicionando el estilo defensivo, dando lugar a defensas que, a su vez, bloquean el aprendizaje de habilidades y recursos de control emocional.

Distintas defensas se involucran en la protección frente a estas fobias que generan un complejo esquema de tendencias de acción y que pueden dar lugar a rasgos de personalidad.

Aspectos que afectan de forma fundamental a la integración cerebral y a la fragilidad neurofisiológica son los genes en interacción con ciertas características del ambiente prenatal, determinadas conductas maternas, apego inseguro, parentalización

no óptima y experiencias negativas adversas a lo largo del desarrollo.

Estos aprendizajes pueden atribuirse fundamentalmente a experiencias sostenidas a lo largo del desarrollo donde un apego inseguro está en la base, así como carencias en necesidades básicas interpersonales que afectan a la seguridad y autoestima.

Todo lo anterior, compartido con el modelo conductual, permite concluir cómo una serie de factores de aprendizaje van a incidir en distintos aspectos de relevancia en el TOC. Algunos de ellos/éstos son determinados valores morales, esquemas como el perfeccionismo, creencias desadaptativas (autoconcepto no adaptativo, responsabilidad no apropiada, etc.) y errores lógicos.

Existencia de uno o más estados mentales sin integrar, donde suele ser frecuente encontrar un estado inseguro con carencias de seguridad y autoestima, al tener en cuenta que la integración es un logro evolutivo (Steele *et al.*, 2005). Asimismo, los estados de ansiedad o miedo intenso a lo largo del desarrollo interrumpen la conexión entre algún estado del *self* (Putnam, 1997).

Traumas tempranos y fallos del cuidador para proteger al niño de la angustia agobiante, y en particular incapacidad/negligencia para ofrecerle tranquilidad, son hechos que han contribuido, consciente o inconscientemente, al riesgo de no conseguir que el niño logre un yo integrado. Padres atemorizantes o asustados generan una experiencia intensa que no se puede procesar. Pueden ser momentos de falta de afecto o cuando el niño idealizó los ratos buenos, con lo que estas memorias pueden estar asociadas a afectos positivos también. Y estas memorias pueden ser almacenadas en diferentes partes disociativas de la personalidad.

Frente al concepto de rasgo, como tendencia en la persona a sentir, percibir, pensar y comportarse de una cierta manera, los estados mentales son bloques en el comportamiento y en la conciencia que rompen el sentido de continuidad del sujeto. Siguiendo a Putnam (1997), esta ruptura puede explicar cómo en el TOC se interrumpe y retarda la conexión entre algún estado del *self*, debido a los estados de miedo o ansiedad intensa y a las carencias de seguridad y autoestima.

Asimismo, según Liotti (1999) esta falta primaria de integración sobre estructuras básicas para buscar consuelo y protección hace vulnerable a la persona frente a los procesos disociativos posteriormente en la vida.

Fase I: vulnerabilidad emocional, fobias afectivas y esquema defensivo

La vulnerabilidad emocional

La vulnerabilidad puede definirse como la capacidad disminuida de una persona para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro, natural o causado por la actividad humana, así como para recuperarse de los mismos.

La vulnerabilidad genera inseguridad e indefensión y creencias como: “estoy en peligro, no puedo confiar en nadie, no puedo soltarlo, es horrible, soy débil”. Ello implica una necesidad de control al no tener opciones ni confiar en los demás, lo cual se puede manifestar por medio de enunciados del tipo: “no puedo sentir ni expresar mis emociones con seguridad, tengo que tener control o tengo que ser perfecto”.

Podría considerarse como el polo opuesto de la resiliencia, que es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, transformar el dolor en fuerza motora para superarse y salir fortalecido de ellas. Una persona resiliente comprende que es el arquitecto de su destino y de sus emociones, de forma que se siente segura y con poder, lo que le da control.

Las causas de la vulnerabilidad emocional se asientan en *déficits de integración cerebral* (Siegel, 1999, 2012) y en la *fragilidad neurofisiológica*.

En las líneas más abajo se analizan aspectos que afectan de forma fundamental a la integración cerebral y a la fragilidad neurofisiológica, como son los genes en interacción con ciertas características del ambiente prenatal, determinadas conductas maternas, un apego no seguro, parentalización no óptima y experiencias negativas adversas a lo largo del desarrollo.

Las causas de la vulnerabilidad emocional hay que buscarlas en el binomio genética y ambiente (Hollander *et al.*, 1989; Julien *et al.*, 2016; Mathews *et al.*, 2008; Mosquera y González, 2014). Y en este

sentido, cada vez tiene una mayor consideración y evidencia científica el papel que desempeña el trauma transgeneracional (Hogg *et al.*, 2022) en la expresión de los genes transmitidos y expresados en el fenotipo (Pauls *et al.*, 2014) a través del cuerpo, en intrusiones o en fobia a los impulsos que aparentemente no tienen sentido.

Déficits de integración cerebral y fragilidad neurofisiológica

El cerebro infantil es el órgano más indiferenciado del cuerpo, los genes y las experiencias tempranas modelan la forma en que se conectan entre sí las neuronas y, de este modo, forman circuitos especializados que dan origen a los procesos mentales, y por ello, las experiencias en los orígenes de la vida tienen un enorme impacto sobre la mente en desarrollo (Siegel, 1999).

A continuación, como antecedentes para comprender las causas y consecuencias de un cerebro con déficits de integración, se va a incidir en la base conceptual acerca de la organización del cerebro y la integración cerebral, así como los aspectos fundamentales en el desarrollo cerebral.

La organización del cerebro y la integración cerebral

Para comprender en qué consiste la integración cerebral, se requiere entender cómo está organizado el cerebro. Según la “Teoría polivagal” (Porges, 2011, citado en Siegel, 2012), el cerebro se distribuye en tres grandes estructuras: las inferiores, las centrales y las superiores. Las estructuras inferiores incluyen los circuitos del tronco cerebral, que median en los estados de activación (*arousal*) y alerta, y en el estado fisiológico del cuerpo (temperatura, respiración, ritmo cardíaco). También existe otro clúster de neuronas responsables de las reacciones necesarias para la supervivencia (lucha-huida-paralización), incluidos en los circuitos del tronco cerebral y que son fundamentales para la autorregulación.

Las estructuras centrales del cerebro están integradas por las regiones límbicas, junto con los circuitos de neuronas del hipocampo y la amígdala, siendo las encargadas de la coordinación de actividades de varias regiones. Estas regiones median en la emoción, la motivación y la conducta dirigida a objetivos, en la integración de la memoria y en los sistemas de apego. Estas estructuras límbicas permiten la integración de un amplio rango de

procesos mentales básicos como la valoración de significados, el procesamiento de señales sociales (cognición social) y la regulación de la emoción. El lóbulo temporal medial (situado al lado de las sienes) incluye el hipocampo, tiene una función central en las formas flexibles de la memoria (memorial factual y autobiográfica) y en la identificación del contexto.

Las estructuras superiores del cerebro están integradas por la corteza cerebral (neocórtex) al que corresponden funciones complejas del procesamiento de la información, percepción, pensamiento y razonamiento. La corteza prefrontal es un área muy integradora y de gran influencia, cuyas fibras conectan entre sí datos procedentes de la corteza cerebral, de las áreas límbicas, del tronco del encéfalo, del cuerpo y de los sistemas sociales. Existe controversia a la hora de considerar si el cíngulo anterior y las regiones orbitofrontales son parte del área límbica, debido al rol que juegan estas regiones entre las áreas límbicas inferior y cortical superior, constituyendo lo que se denomina el “córtex paralímbico”.

Las áreas subcorticales del cerebro que no están bajo control consciente y que no tienen representación lingüística, tienen una forma de recordar diferente que la de los niveles superiores del cerebro, localizados en la corteza prefrontal. En condiciones normales, estos sistemas de memoria están integrados armónicamente.

La teoría dice que nuestras respuestas fisiológicas están organizadas jerárquicamente siguiendo la secuencia de evolución de los sistemas.

Cuando toda esta información cortical, límbica, somática, troncoencefálica y social se une en un todo funcional se obtiene la máxima expresión de la integración neural (Siegel, 2010). La integración se refiere, según Siegel (1999, 2012), a “la forma en que la mente establece un flujo funcional de estados a lo largo del tiempo” o como “proceso de unir partes diferenciadas en un todo funcional”.

La unión de elementos diferenciados de un sistema es lo que produce un flujo armonioso, y cuando está bien integrado es flexible, adaptativo, coherente, energizado y estable. Cuando las partes no están diferenciadas o no están unidas entre sí, el sistema no está

integrado y tiende a moverse entre el caos y la rigidez o en una combinación de ambos (Siegel, 2012).

La “integración neural” como el proceso que favorece el surgimiento de funciones complejas del cerebro, es posible gracias a la coordinación de la actividad neural en una amplia gama de circuitos. Regiones del cerebro que desempeñan un papel importante en la integración neural, son las regiones límbicas y los circuitos asociativos, especialmente las áreas prefrontales y la corteza orbitofrontal.

La integración vertical es la que se produce entre las funciones inferiores del tronco cerebral y regiones límbicas, con las operaciones superiores del neocórtex, como la planificación cognitiva y motora.

La integración dorsoventral se centra en los orígenes duales de la corteza frontal desde las regiones del córtex paralímbico, ya que cada hemisferio dispone de una vía dominante (derecho con dorsal e izquierdo con ventral). Cada circuito o “fuente” media formas diferenciadas de procesos motivacionales y control motor, y crea procesos representacionales diferentes en cada lado del cerebro. La integración dorsoventral debería permitir una menor lateralización de los procesos representacionales más complejos que se originan en cada lado del cerebro.

La integración lateral es la coordinación de funciones de los circuitos en un nivel de complejidad u orden similar. Se produce integración bilateral o interhemisférica cuando se conectan los procesos representacionales de un hemisferio con otro, mediante neuronas asociativas que vinculan regiones anatómica y funcionalmente distintas en cada lado del cerebro.

En líneas más abajo se revisan los aspectos que inciden fundamentalmente en no conseguir alcanzar un desarrollo cerebral que favorece la integración.

Carga genética en interacción con un ambiente estresante desde la etapa prenatal

A la luz del hecho de que el cerebro se esfuerza por evolucionar hacia el tercer trimestre en el útero (Dobbing y Smart, 1974), los factores genético-constitucionales pueden afectar negativamente durante este período a causa de las condiciones adversas en el

medioambiente materno-infantil uterino. Por ejemplo, investigaciones muestran que las hormonas maternas regulan la expresión de los genes en el cerebro fetal, que persisten en la adultez (Dowling , 2000).

Desde fases prenatales, estímulos maternos como altos niveles de liberación de la hormona corticotropina (CRF) o problemas emocionales y físicos, afectan negativamente al desarrollo cerebral fetal, (Glynn, Wadhwa y Sandman, 2000), reduciendo las capacidades postnatales para responder a los retos estresantes (Williams, Hennessey y Davis, 1995).

Investigaciones muestran cómo el estrés prenatal (la memoria implícita está operativa antes del nacimiento) puede afectar a la integración de los reflejos del miedo paralizador y del Moro, provocando déficits en la integración vertical que se manifiestan en la incapacidad de procesar, inhibir y organizar reflejos, impulsos y emociones. El reflejo del miedo paralizador comienza a las 5 semanas en el útero; a las 9 semanas surge el reflejo del Moro y ambos deben estar integrados a las 12 semanas. Si esto no ocurre, el reflejo permanece activo y produce una baja tolerancia al estrés. Las personas que tienen retenido el reflejo del miedo paralizador, al percibir tensión, permanecen congeladas, incapaces de moverse, como un ciervo deslumbrado por los faros, lo cual se ha relacionado con alexitimia, somatizaciones, depresión, manía, hipersensibilidad sensorial, ataques de pánico, fobias sociales, tensión alta, tensión en el cuello y hombros y síntomas obsesivo-compulsivos (Blomberg y Dempsey, 2011).

El cerebro se desarrolla en un proceso dependiente de la experiencia, que activa ciertas vías cerebrales, fortaleciendo las conexiones existentes y creando otras nuevas, siendo crucial en la organización el modo en que se desarrollan las estructuras básicas del cerebro. La falta de experiencia produce la muerte celular en el proceso denominado “poda” o también conocido como principio de “usar o perder” del desarrollo cerebral (Siegel, 1999, 2012), ocasionando un déficit de integración neural.

La investigación revela que las experiencias de dolor persistentes durante el periodo primario neonatal, una etapa crítica para la organización de los circuitos nociceptivos, reinstalan los circuitos

del dolor del cerebro inmaduro y conducen a alteraciones potencialmente perjudiciales a largo plazo, como es la respuesta individual al dolor en la adultez (Ruda 2000). Como estas experiencias ocurren en periodos críticos de la ontogenia límbica, alteran la organización de los circuitos cerebrales que procesan el dolor. Estos estudios repasan los efectos a largo plazo del dolor físico, aunque los efectos del dolor asociado con el trauma relacional pueden conllevar consecuencias más adversas.

El apego no seguro

El siglo XXI ha revolucionado el campo de la biología en lo referente al llamado vínculo del apego en la mujer embarazada, según los reportes de las revistas científicas de mayor impacto. Se reconoce el papel de la personalidad del embrión humano durante su formación y nacimiento y su repercusión en el correcto desarrollo psicoafectivo y personalidad futura. Este proceso conductor de las diferentes etapas del desarrollo psicológico se inicia en el diálogo molecular intrauterino, y constituye la base de la vinculación de los padres con el hijo.

Los efectos más importantes en el ser humano son aquéllos que se producen en el periodo perinatal (Odent, 1986), llegando incluso las experiencias vitales de los progenitores a modelar el carácter genético de sus hijos (Lipton, 2005).

Hay evidencia de que el bebé ya dentro del útero tiene subconsciencia, pues es capaz de percibir su entorno quedando éste en su subconsciente incluso de forma prenatal ante las situaciones de estrés. Las mismas reacciones que ocurren en la madre (la liberación de citoquímicos, hormonas etc.) pasan a través de la placenta provocando las mismas reacciones en el bebé, el cual es capaz de sentir. Se ha demostrado que el área límbica del cerebro está preparada para percibir emociones.

Otros hitos en este camino son el momento del nacimiento a través del contacto piel con piel con la madre, la lactancia materna y la interacción maternofilial a través del tiempo. Estas emociones que quedan impresas en el inconsciente son la impronta que quedará para siempre, con posterioridad al primer contacto del bebé con su madre y con su padre.

Dicha impronta facilita el vínculo de apego que ayudará a la exploración posterior del mundo externo. El apego, persistente a través del tiempo con los padres, emocionalmente significativo y no intercambiable, debe basarse en la capacidad de los progenitores para entender lo que le sucede al bebé, interpretando adecuadamente las diferentes señales para responder en forma correcta, efectiva y pronta a sus necesidades, brindándole la seguridad y apoyo emocional, básico para su desarrollo.

El padre juega un papel importante al participar directamente en el nacimiento. La ausencia del padre en los estudios de Bowlby y las revisiones de Ainsworth, muestran la relevancia del padre en orden a dar soporte emocional a la madre durante el proceso educativo del niño. Es fundamental que el niño perciba a un padre que apoya y coopera con la madre durante las etapas fundamentales del desarrollo.

La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con quien se establece el vínculo). El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional de ser aceptado y protegido incondicionalmente (Molero *et al.*, 2011), indispensable para un buen desarrollo de la personalidad.

El sentido último del apego consistiría en favorecer la supervivencia. La relación de apego influye directamente en la capacidad de afrontar el estrés del niño, y es la que le permite que madure el sistema de control de su cerebro (Schore, 2000).

El bebé consigue esta regulación a través de los intercambios que proporciona el vínculo de apego; los estados positivos y negativos que experimenta el bebé son regulados por la sintonía psicobiológica interactiva de su cuidador (hemisferio derecho del cuidador con hemisferio derecho del bebé). Gracias a ello se co-construye un ambiente que facilita el crecimiento del sistema de control y de la maduración dependiente de la experiencia del hemisferio derecho del niño (Schore, 2001).

Según este mismo autor, el funcionamiento eficiente de este sistema de afrontamiento es fundamental para lograr que el bebé se

autorregule y alcance la habilidad de flexibilizar y regular los estados estresantes mediante interacciones con otros humanos y en contextos autónomos. Esta capacidad adaptativa para cambiar entre modos duales reguladores, dependiente del contexto social, es un indicador del desarrollo socioemocional normal. Así, una relación de apego seguro facilita el desarrollo del hemisferio derecho, que promueve la regulación afectiva normal y fomenta la salud mental infantil adaptativa.

Bowlby (1969) consideró que el sistema del vínculo era un sistema conductual preadaptado para combatir y reducir el despertar del miedo y mantener una sensación de seguridad. Los problemas en el apego, por tanto, generan inseguridad, un modelo de apego en la memoria implícita, y predisponen a dificultades en la regulación emocional, así como a un grado extremo de atención al miedo.

Conductas maternas y parentalización no óptima

Conductas maternas pueden desregular severamente la homeostasis, e incluso el desarrollo futuro del feto, aunque no sean consideradas normalmente ejemplos de trauma. Estos y otros datos indican que ciertos estímulos maternos inciden en el feto, impactando negativamente en el eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical (HPA) (Sandman, 1994; Glover, 1997; Weinstock, 1997), produciendo con ello una refractaria vulnerabilidad neurofisiológica.

La comunicación diádica materno-filial en los primeros años de vida, que genera estados positivos intensos y altos niveles de dopamina y opioides endógenos (Shore, 2003), representa un entorno promotor para la corteza prefrontal y permite el desarrollo de sistemas autorregulatorios cada vez más complejos en la corteza frontal, en especial en la corteza orbital prefrontal (Damasio, 1994). Estas áreas están conectadas con el prosencéfalo límbico, las áreas sensoriales, el hipotálamo y los centros de recompensa y el área tegmental ventral (Nauta, 1964). La corteza orbitofrontal se expande de modo importante en el córtex derecho y está más conectada con las regiones límbica y subcortical. Estas estructuras se ven alteradas cuando el niño sufre las consecuencias de un entorno adverso y negligente teniendo incluso un efecto mayor que el de experiencias adversas puntuales (Teucher *et al.*, 2006).

Según Schore (2001), el funcionamiento eficiente de este sistema de afrontamiento es fundamental para lograr la autorregulación y alcanzar la habilidad de flexibilizar y regular los estados estresantes mediante interacciones con otros humanos y en contextos autónomos.

La parentalización no óptima puede contribuir al desarrollo de estrategias de afrontamiento inapropiadas para el sufrimiento infantil habitual, o patrones de dolor crónico en algunos niños que han experimentado un dolor repetido o crónico desde que eran neonatos.

Experiencias negativas adversas a lo largo del desarrollo

Actualmente se establece que los sucesos traumáticos dolorosos, en contraste con el dolor no traumático, disparan una experiencia emocional intensa con el desborde concomitante autonómico/somático, provocando incrementos en la actividad simpática y respuestas prominentes en el sistema límbico, como por ejemplo el hipotálamo, el periacueducto gris, la corteza cingulada anterior, la ínsula, y la corteza parietal y prefrontal. Estudios de tomografía por emisión de positrones (PET), muestran que el cingulado anterior derecho juega un papel central en el aspecto sensorial/afectivo del dolor, y que las regiones orbitofrontales modulan el procesamiento distante del dolor, junto con el afrontamiento de los estímulos dolorosos (Petrovic 2000).

Los bebés y los niños atemorizados no son capaces de emitir respuestas de lucha-huida de manera efectiva. Por ello, en las primeras etapas de distrés emocional, muestran un repertorio de conductas de hiperactivación simpática (*arousal*) para atraer la atención de sus cuidadores (expresión facial, movimientos corporales, vocalizaciones, llanto, gritos, etc.). Si el cuidador no responde adecuadamente a sus necesidades de alimentación, cuidado, contacto y contención..., el bebé abandonará estas estrategias, recurriendo a la disociación (Perry *et al.*, 1995; Perry, 1999, citado en Perry, 2001).

En este estado de *arousal*, ocurre el siguiente proceso neuroquímico en el cerebro (Schore, 2001): “el estado de “distrés frenético” del niño (Beebe, 2000), o en términos de Perry, de miedo-terror, está mediado por hiperactivación simpática, conocida como

arousal (activación) ergotrófica (Gellhorn, 1967). Ello refleja niveles excesivos de la mayor hormona del estrés, el factor liberador de corticotropina, que regula la actividad catecolaminérgica en el sistema nervioso autónomo (Brown, 1982). También se libera noradrenalina del *locus coeruleus* (Svensson, 1987; Aston-Jones 1996). El resultado es un rápido e intenso nivel de noradrenalina y adrenalina elevadas, que disparan un estado hipermetabólico dentro del cerebro. En dichos estados “incandescentes” (Adamec, 1990; Post 1997), se vierte al sistema límbico (Chambers, 1999) gran cantidad de CRF y glutamato, el neurotransmisor excitativo cerebral más importante. Harkness y Tucker (2000) confirmaron que las experiencias traumáticas tempranas literalmente “incendian estas áreas.”

Si esta hiperactivación, propia de los estados traumáticos de la infancia, se mantiene durante el desarrollo del cerebro, y en especial si ocurre en períodos críticos del crecimiento del sistema límbico, regulador de la emoción, los estados se organizan en sistemas neurales que dan como resultado rasgos duraderos, los que a su vez inducen estilos caracteriológicos de afrontamiento al estrés.

De la exposición anterior se desprende que las experiencias adversas durante la primera infancia o durante el desarrollo pueden tener profundos efectos sobre las estructuras más profundas del cerebro, responsables de las habilidades regulatorias básicas.

En resumen, según el concepto diátesis-estrés, los trastornos psiquiátricos son causados por una combinación de predisposición genética-constitucional y ambiental o por estresores psicosociales que activan la vulnerabilidad neurofisiológica innata.

Las investigaciones confirman que el cerebro se compone de cientos de módulos que responden a los requerimientos derivados del entorno (Rubia, 2000). Los niños que viven determinadas experiencias adversas desde etapas prenatales, interactuando con la carga genética, y con poca reparación interactiva, tienen un alto riesgo de desarrollar psicopatologías graves en etapas posteriores de su vida ya que el cerebro y el sistema nervioso presentan déficits estructurales y funcionales.

El efecto que tienen determinados aspectos del ambiente prenatal y las experiencias adversas a lo largo del desarrollo sobre el grado

de integración de las estructuras del cerebro, incide en los déficits en habilidades regulatorias básicas, y por lo tanto, en la dificultad para afrontar posteriormente el estrés y el dolor.

Dentro de las experiencias adversas hay que considerar el papel de ciertos ambientes, marcados por el sufrimiento y que pueden ser consideradas como “traumas ocultos”. Carencias en necesidades interpersonales de afecto, control o inclusión (Schutz, 1966, 1978), percibir vulnerabilidad en las figuras parentales o padres que generan la interiorización de modelos dañinos, debido a críticas, exigencias o castigos excesivos, pueden ser algunas de ellas (Lyons-Ruth, 1990). Y por supuesto las experiencias de estrés traumático a lo largo del desarrollo debido a un ambiente familiar tenso como el generado por peleas constantes de los padres, alcoholismo o abuso físico o emocional.

La vulnerabilidad emocional en los pacientes TOC

En resumen, la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes TOC se fundamenta en factores predisponentes genéticos y biológicos, un estilo de apego no seguro, modelos de parentalización no óptima, un ambiente con frecuencia marcado por el sufrimiento, experiencias vitales adversas que pueden constituir Traumas (T) o los denominados traumas ocultos (t) y falta de habilidades de regulación emocional, lo cual favorece el temor a los afectos con las subsiguientes defensas que generan.

Los pacientes TOC suelen presentar inseguridad, un grado elevado de activación y atención al miedo y déficits en habilidades de conciencia y regulación emocional (Carpenter *et al.*, 2011).

En primer lugar, la investigación pone de manifiesto en pacientes TOC, la incidencia de factores genéticos y biológicos en el desarrollo de la seguridad del apego. Estos esquemas de apego reflejan la traducción de las experiencias interpersonales en las estructuras biológicas a través de la corteza orbitofrontal-medial, sus conexiones con la amígdala y los sistemas reguladores (vagal, Eje HPA), explicando las anomalías que presenta el cerebro de los TOC.

Se observa en los TOC problemas en el apego, siendo muy frecuente el hecho de que muchos obsesivos tienen padres que aparecen asustados en sus interacciones con el niño, por lo que éste infiere que existe algo amenazador en el ambiente frente a lo

que debería tener miedo. Lyons-Ruth (1990) mostró cómo padres temerosos o que infunden miedo al niño generan modelos contradictorios. La sobreprotección de los padres puede favorecer el desarrollo de una vulnerabilidad a la ansiedad en los hijos, asociada al déficit en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y solución de problemas o al aprendizaje de miedos por condicionamiento clásico.

La falta de un apego seguro, aspecto nuclear en los TOC, juega un papel primordial al no propiciar las condiciones básicas para la seguridad y el manejo emocional.

Una madre incapaz de calmar al bebé, que no lo mira a los ojos cuando necesita ser calmado por ella (no genera activación parasimpática ventral vagal) hace que el niño active frente a la activación simpática, para evitar el daño de una activación continua, la respuesta parasimpática dorsal vagal (embotamiento).

Otro factor puesto de manifiesto en diversos estudios sobre TOC es el papel del ambiente, con frecuencia marcado por el sufrimiento y la falta de habilidades de regulación emocional (Brussoni, Jang, Livesley y Macbeth, 2000; Crawford *et al.*, 2007; Goldsmith y Harman, 1994). También se destaca la relación entre TOC y trauma (Carpenten *et al.*, 2011) y experiencias adversas infantiles (Bey *et al.*, 2017)

Estudiando la biografía emocional de los pacientes con TOC, se ha podido constatar, a través de la práctica clínica, la incidencia de problemas emocionales y físicos de la madre en el embarazo, duelos, problemas en la pareja parental, dolor crónico neonatal, traumas tempranos perinatales, estrés a lo largo del desarrollo y una parentalización no óptima debido a padres que no fueron capaces de satisfacer las necesidades tempranas o a unos patrones negativos de cuidado parental.

Estos aspectos de las interacciones entre el cuidador y el niño, aunque no sobresalen como hechos destacados, pueden constituir sin embargo traumas ocultos con consecuencias similares a los sucesos destacados en los adultos.

Los aspectos citados anteriormente parecen contribuir a las respuestas de estrés precoces de hipo o hiperregulación mediadas a través del eje límbico hipotálamo-hipofisis-adrenocortical, déficits

respecto de las habilidades regulatorias básicas, y contribuye al desarrollo de estrategias de afrontamiento inapropiadas para el sufrimiento infantil habitual. También puede conllevar que no se alcance el nivel de desarrollo óptimo de las estructuras cerebrales y las funciones neurológicas. Algunas de las funciones más elevadas de la conciencia dependen de la actividad conjunta de diferentes estructuras cerebrales, por lo que los efectos de estas circunstancias pueden derivarse en un escaso desarrollo de la metaconciencia y de los procesos mentales de orden superior.

Distintos síntomas que presentan los pacientes obsesivos hacen suponer déficits de integración, tanto en la integración vertical, según se deduce de la incapacidad de procesar, inhibir, organizar reflejos, impulsos y emociones, como en la integración horizontal izquierda-derecha, ya que tales pacientes suelen tener dificultad para expresar los sentimientos con palabras, así como para ser conscientes de las emociones e integrar las tendencias emocionales positivas y negativas.

Se puede concluir, con base en la investigación como en la práctica clínica que los pacientes obsesivos presentan vulnerabilidad emocional sostenida por déficits de integración cerebral y en la fragilidad neurofisiológica, como consecuencia de la contribución de diversos factores entre los que se encuentran los genes en interacción con un ambiente perinatal estresante, un apego no seguro, parentalización no óptima y experiencias negativas adversas a lo largo del desarrollo.

Fobias afectivas

La vulnerabilidad emocional implica la percepción de incapacidad para hacer frente a ciertas emociones, de forma que la indefensión respecto a ellas genera inseguridad. Una persona con vulnerabilidad emocional no entiende que afrontar ciertas emociones es el camino para superarse y salir fortalecida, favoreciendo que se generen las fobias afectivas.

La consecuencia es que se aprende a temer ciertas emociones, intentando protegerse de ellas mediante defensas.

Las fobias afectivas son las defensas frente al temor que generan ciertas emociones. Por su trascendencia en el problema obsesivo,

es necesario abordar el tema de las fobias afectivas, sus causas y consecuencias.

La falta de apoyo, resistencia, preparación o fortaleza con que se viven estados emocionales junto a la percepción de incapacidad para hacerlos frente, alimentan las fobias afectivas, donde ciertos afectos se constituyen en amenazas internas.

Aunque tradicionalmente las fobias han sido relegadas a los trastornos de ansiedad y dirigidas hacia fenómenos externos, Janet (1903/1908) expresó que las fobias pueden estar relacionadas también con experiencias internas como pensamientos, sentimientos, fantasías, sensaciones (McCullough *et al.*, 2003; Nijenhuis, 1994; Van der Hart, Steele, Boon y Brown, 1993).

Según la Teoría de los afectos de McCullough *et al.* (2003), la fobia a los afectos es la evitación fóbica (o defensa) de la experiencia y expresión de ciertas emociones o sentimientos activadores, y de los pensamientos, sentimientos y conductas asociados. Las personas con fobia a los afectos intentan evitar las emociones conflictivas por medio de defensas, algunas de las cuales utilizan mecanismos mentales como la supresión.

La vulnerabilidad emocional es un factor que favorece que se generen las fobias afectivas. La falta de apoyo, resistencia, preparación o fortaleza con que se viven estados emocionales alimentan las fobias afectivas, donde ciertos afectos se constituyen en amenazas internas. Las fobias a los afectos se generan en la infancia durante el proceso de desarrollo y son conductas que los niños “aprenden”.

Las emociones y las correspondientes sensaciones físicas asociadas son guías para la vida. Nos ayudan a entendernos a nosotros mismos y a conocer nuestras necesidades. La función básica de la emoción es prepararnos para la acción.

No solo las emociones que tienen una connotación negativa pueden tratar de evitarse o suprimirse. También sentir felicidad puede evitarse, bien porque la persona siente que no es merecedora de ella o por haber tenido experiencias felices seguidas de otras muy dolorosas, o por no haber vivido momentos agradables compartidos con los cuidadores en las primeras etapas de la vida.

Sean cuales sean las emociones temidas, el usar la evitación y la supresión de forma habitual va a facilitar el desarrollo de problemas psicológicos.

Sistemas motivacionales primarios que nos mueven a la acción son el biológico (hambre, sed, sexo), el dolor físico, y los afectos (enfado, pena, tristeza, excitación, miedo, vergüenza y alegría) (Tomkins, S., 1962, citado en McCullough, L. *et al.* 2003). Los afectos son los que motivan primariamente la conducta debido a que amplifican o intensifican cualquier experiencia a la que están asociados. McCullough, basándose en la clasificación de los afectos de Tomkins, diferencia dos tipos de afectos: los afectos activadores que nos impulsan a actuar y adaptarnos, y los afectos inhibidores que pueden ser extraordinariamente útiles cuando se hace un uso moderado de ellos. Pero si su expresión es demasiado extrema, o prácticamente inexistente, conducen a la persona a la paralización y al bloqueo de acciones adaptativas, transformándose así en no adaptativos.

Los autores establecen siete categorías de afectos activadores:

- **Enfado/aserción.** Incluye también el enojo, la irritación, la ira, la cólera, la furia y la rabia. Su función es activarnos, siendo una reacción de pro tección activa. La rabia nos ayuda a la supervivencia. Nos ayuda a poner límites a los demás, a autoafirmarnos y a defender nuestros derechos.

Sin embargo, hay personas que consideran que la rabia es mala debido a haber sufrido experiencias dañinas frente a los demás, o ante modelos de personas que no la manejaban bien. Cuando se ha presenciado violencia por parte de figuras significativas se modifica nuestro modo de modular la rabia. Ello también puede afectar al modo de relacionarse, generando ambivalencia entre el deseo de intimar y el miedo a hacerlo.

- **Tristeza/dolor.** Además de la tristeza y el dolor, incluye la pena, el llanto, el sollozo y el duelo. Su función es activarnos para llorar, para involucrarnos en el apoyo social, aliviar el dolor y aceptar el hecho de la pérdida. Por medio de la tristeza nos vinculamos a otros seres humanos, ya que recurrimos a ellos. Pero si cuando éramos niños no tuvimos a alguien de quien aprender a integrar, aceptar y regular nuestra tristeza, trataremos de evitar sentirla o la

esconderemos dentro de nosotros. Y las emociones que no sentimos se quedan en nuestro interior bloqueadas, dando lugar a problemas.

- **Miedo/terror** (polo positivo del miedo) prepara a la persona para protegerse. Incluye alarma, turbación y pánico. Su función es la de activarnos para huir o luchar ante el peligro. Sin embargo, es un problema cuando se activa ante estímulos no peligrosos o en todo momento.
- **Placer/alegría.** Son, además, felicidad, contento, tranquilidad, calma, placer, aceptación, dominio, paz, sobrecogimiento, embeleso, gracia. Su función es calmar y tranquilizar la mente y el cuerpo para repetir acciones placenteras.
- **Interés/aceptación.** Incluye atracción, curiosidad, entusiasmo, esperanza, ímpetu, exuberancia, diversión. Su función es la de activarnos para centrar la atención, acercarse o explorar.
- **Cercanía/ternura.** Cuidado, compasión, amor, apego, dedicación, orgullo o alegría en los otros, confianza. Su función es activar la respuesta de crianza, el apoyo a las necesidades de los otros; nos impulsa para abrazar, tocar, contener y cuidar de los otros.
- **Sentimientos positivos hacia el yo.** Autocompasión, autocuidado, autoestima, orgullo o alegría en el *self*, autoconfianza y autovalía. Su función es la de construir y reforzar el sentido de identidad.

Los afectos inhibidores, por su parte, se dividen en cinco categorías:

- **Ansiedad/pánico.** Incluye miedo/terror que paraliza, aprensión, preocupación, nerviosismo, vigilancia, pavor, horror. El miedo también puede inhibir la acción. Cuando es así, el afecto es inhibidor, de forma que la carga energética no se puede expresar y la descarga no se realiza. Puede llegar a convertirse en un estado de activación donde se está siempre en alerta.
- **Vergüenza/humillación.** Incluye autoconsciencia, bochorno, turbación, mortificación. Inhibe la conducta inaceptable para el sentido del yo.
- **Culpa.** Incluye culpabilidad, autorreproche. Inhibe la conducta que es inaceptable para una cultura o para las normas sociales o

las leyes. Por medio de la culpa podemos aprender y corregir nuestros errores.

- **Dolor emocional/angustia.** Incluye herida, derrota, depresión, tormento, sufrimiento, congoja, agonía, pena (tristeza). Inhibe las conductas causadas por el sufrimiento.
- **Desprecio/repugnancia.** Inhibe la cercanía a los otros.

De acuerdo con este modelo (McCullough *et al.*, 2003), al igual que sucede en las fobias externas, las personas evitan los afectos conflictivos que les hagan pensar, sentir o actuar en respuesta al afecto activador temido, como consecuencia de la defensa o fobia afectiva, evitando las emociones adaptativas. Usar la evitación y la represión de forma habitual va a facilitar el desarrollo de problemas psicológicos.

En el TOC hay dos fobias afectivas básicas: el miedo al miedo y el miedo al dolor.

El miedo al miedo

La base de esta fobia afectiva se encuentra en los déficits en la regulación emocional y en la respuesta de miedo-huida ante el estado de hiperactivación del organismo. Aunque según Paulov en humanos son poco frecuentes los emparejamientos con estímulos incondicionados (EI) innatos, se puede considerar como estímulo incondicionado (EI) aversivo el propio estado del organismo de hiperactivación que produce una respuesta negativa-aversiva como miedo-huida. Esta respuesta miedo-huida queda condicionada a estímulos (ECs) asociados a la hiperactivación (EI) como pueden ser elementos sensoriales, contextuales y otras reacciones asociadas al estado.

Debido a ello, muchos estímulos son los que eliciten la respuesta condicionada miedo-huida. Se manifiestan a través de maniobras defensivas evitativas y contribuyen a la falta de habilidades para el manejo emocional, reforzando el temor al miedo e incrementando a su vez la necesidad de control.

Las investigaciones que se citan en la base teórica del modelo ponen de manifiesto cómo los citados aspectos hacen vulnerable a la persona frente al estrés, así como frente a tener déficits en la regulación emocional, afectando a la tendencia a vivir el miedo como una amenaza, lo cual desemboca en la fobia al miedo y en la

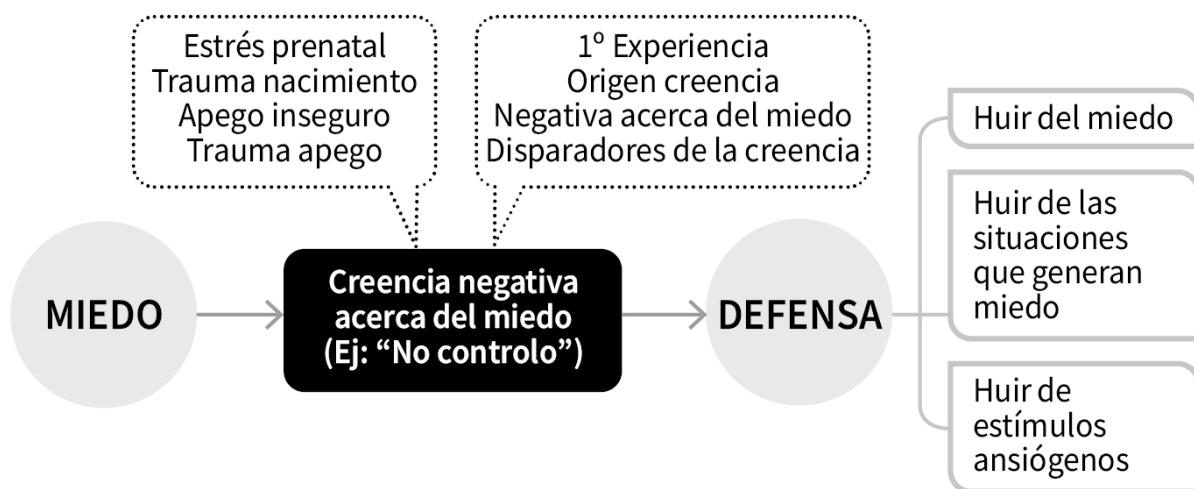
necesidad de un locus de control externo, al carecer de elementos de control interno.

El miedo al miedo puede originarse por problemas tempranos neonatales y del apego, se consolida por experiencias de miedo/ansiedad a lo largo del desarrollo y se mantiene por la falta de habilidades de afrontamiento y la creencia alimentadora de “no puedo sentir ni expresar mis emociones con seguridad”. Refleja la traducción de las experiencias interpersonales en las estructuras biológicas: a través de la corteza orbitofrontal-medial, sus conexiones con la amígdala y los sistemas reguladores, generando vulnerabilidad al estrés (Dowling , 2000) (Glynn, Wadhwa y Sandman, 2000), (Williams, Hennessey y Davis, 1995).

Las consecuencias del miedo al miedo son un grado extremo de atención al miedo, la inseguridad, la vulnerabilidad emocional y las defensas cuya naturaleza está motivada por las dificultades propias para la regulación emocional y por la falta de apoyo y regulación externa.

Ante la excesiva vulnerabilidad emocional junto con la incapacidad para regularse, se utilizan tendencias de acción evitativas, unas enfocadas hacia el mundo interno como la huida del propio miedo y/o de las sensaciones físicas asociadas, y otras, como conductas fóbicas, hacia las situaciones elicitadoras del miedo.

Figura 1. Factores y consecuencias del miedo al miedo



Miedo al dolor o al sufrimiento emocional

La vulnerabilidad emocional es un factor básico que contribuye a las fobias afectivas. La falta de apoyo, resistencia, preparación o fortaleza con que se viven estados emocionales, alimenta las fobias afectivas ante ciertos afectos que constituyen amenazas internas. Como se indicó anteriormente, las fobias a los afectos se generan en la infancia durante el proceso de desarrollo y son conductas aprendidas.

En la vulnerabilidad ante el dolor que presentan muchos pacientes entre los que se encuentran los que padecen TOC, hay que considerar los factores de predisposición, como factores genéticos y biológicos, un ambiente con frecuencia marcado por el sufrimiento y la falta de habilidades de regulación emocional (Brussoni, Jang, Livesley y Macbeth, 2000; Crawford *et al.*, 2007; Goldsmith y Harman, 1994). Mención especial hay que hacer sobre la incidencia que tiene la manera cómo el paciente percibe, interpreta y valora lo que está pasando (Silberg, 2013), de cara a la vulnerabilidad.

Hay que destacar también el papel de las carencias en necesidades interpersonales de afecto, control o inclusión en la fobia a los afectos. Según la Teoría de Schutz (1966, 1978) del “Simbolismo Interpersonal”, cuando necesidades interpersonales de afecto, control o inclusión se encuentran sin cubrir, por carencias en el proceso de desarrollo, se producen importantes patrones como medio de defensa ante el miedo a los afectos dolorosos. Son responsables de ello aspectos como la falta de aceptación, amor o integración en el grupo familiar o fallos en el grado de libertad y disciplina con que se dieron las relaciones del niño con sus padres.

Por tanto, en el contexto de una infancia con carencias, experiencias conflictivas y dificultades en las relaciones de apego, el niño puede aprender que para ser querido o escapar del castigo sólo hay ciertas expresiones que están permitidas, de forma que inhibe excesivamente la expresión de los afectos activadores adaptativos (como el enfado, la tristeza, etc.) sustituyéndolos por emociones inhibidoras y no adaptativas (p. ej., la vergüenza o la culpa).

La vulnerabilidad emocional es la base para que posteriores experiencias negativas afecten de forma importante, generando una serie de temores. Si un niño padece experiencias tempranas que le

generan temor y sufrimiento, propias o vicarias, o sufre carencias en algunas de sus necesidades de afecto, valoración, inclusión y control, que en muchos casos están originadas por las personas que tendrían que protegerlo y apoyarlo, se dan las condiciones para el desarrollo de defensas como forma de protegerse frente a ciertos afectos, ante los que se siente vulnerable.

Las experiencias con la familia nuclear son las que tienen un mayor impacto en principio, mientras que otras influencias se vuelven cada vez más importantes a medida que el niño va madurando, como las ejercidas por compañeros, escuela, grupos de la comunidad y cultura circundante. Deficiencias en el ambiente temprano relacionadas con necesidades sin cubrir, como puede ser falta de estabilidad, comprensión o amor, generan la frustración tóxica de las necesidades. Aunque también hay que incluir los padres que dan al niño demasiado de algo que entregado con moderación es saludable. Asimismo, los que generan la interiorización de modelos dañinos, los que critican, controlan o castigan excesivamente al niño, son tipos de experiencias de estrés y sufrimiento a lo largo del desarrollo, además de las experiencias de abuso en todas sus vertientes.

En el caso del obsesivo estas experiencias tempranas negativas, propias o vicarias, normalmente de tipo interpersonal, implican un sufrimiento ante el cual el niño se encuentra inseguro e indefenso. La característica que subyace a estas experiencias es la indefensión ante situaciones que la persona ha vivenciado desde una carencia de sus necesidades. Puede ser como falta de afecto y/o valoración, relaciones en el ámbito del control de dominio donde se ha sentido presionado, humillado o maltratado física o emocionalmente o ha tenido la percepción de ser excluido de un determinado grupo de referencia.

En torno al sufrimiento se constelan temores relacionados con la amenaza interpersonal como son la falta de afecto y valoración, humillación, dominio, maltrato y exclusión. Y también con la amenaza interna que proviene del temor al afecto doloroso y a los contenidos internos como pensamientos, creencias, y que, por procesos de condicionamiento, se extienden a otros afectos y sensaciones asociados.

Esta constelación de temores en torno al sufrimiento contiene miedos específicos de tipo interpersonal, así como la fobia a las emociones y a los contenidos internos dolorosos como amenazas de tipo interoceptivo. Estas experiencias de temor vividas desde la vulnerabilidad constituyen una amenaza interna por el dolor que suponen los contenidos interoceptivos, pensamientos, creencias, afectos y una amenaza externa relacionada con la causa que se atribuye al dolor.

La consecuencia es que se genera una constelación de fobias en relación con la causa atribuida al sufrimiento, a los contenidos internos asociados y al propio afecto doloroso. El tipo de fobia relacionada con la causa atribuida al sufrimiento refleja temores de tipo social (rechazo, abandono, castigo, falta de afecto, maltrato, exclusión). La fobia al dolor, como consecuencia de la indefensión ante las emociones, se extiende a otros afectos y a los contenidos internos asociados.

Figura 2. Fobias afectivas y vulnerabilidad al sufrimiento



En la biografía emocional de los pacientes obsesivos se observan experiencias tempranas de sufrimiento, propias y vicarias, que constituyen con frecuencia lo que se denominan “traumas ocultos” y que en muchos casos están originadas por los cuidadores que tendrían que protegerlos del dolor y ayudar a regular sus emociones.

El papel prioritario de la interpretación de un evento en pacientes TOC, ha sido corroborado (Gothelf *et al*, 2004), generando como consecuencia el temor a ciertas representaciones mentales con contenidos ansiógenos referido a amenazas físicas, interpersonales e intrapersonales asociados al dolor. Este nódulo doloroso con información cognitiva-afectiva constituye el temor nuclear (TN) frente al temor al sufrimiento.

Estas experiencias generan temores específicos asociados al tipo de amenaza y al temor a pensamientos, creencias y afectos dolorosos que las experiencias elicitán y que viven con indefensión. Como consecuencia se produce la vulnerabilidad al sufrimiento derivado de fobias y temores fundamentalmente de naturaleza interpersonal, el miedo a la falta de control y la fobia a los afectos que no se pueden regular y que se extiende a los pensamientos, creencias y afectos asociados.

Se puede concluir que el obsesivo es vulnerable al sufrimiento constituido por una constelación de temores extero e interoceptivos.

Padres temerosos o que dan miedo al niño y comunicaciones afectivas alteradas de los padres son aspectos frecuentes de las interacciones con el niño en la infancia de los pacientes obsesivos. Aunque no siempre el paciente reporta la existencia de traumas puntuales destacados, se observan sin embargo experiencias a lo largo del desarrollo que pueden constituir traumas ocultos. Éstos tienen consecuencias similares a los sucesos destacados en los adultos e influyen asimismo en la regulación del estrés biológico del niño.

Sintetizando, como consecuencia de los déficits de integración en los pacientes TOC, el cerebro racional ejecutivo tiene una capacidad muy limitada de anular las sensaciones, controlar la activación emocional y modificar pautas de acción fija. Según LeDoux (1992), la corteza prefrontal dorsolateral, el centro de la consciencia

introspectiva, la comprensión y la planificación del futuro no tienen prácticamente vías de conexión que puedan alterar el funcionamiento del cerebro emocional, de forma tal que estas personas pierden la capacidad de utilizar las emociones como guías para la acción.

Determinadas experiencias son vividas en la infancia de estos pacientes de una forma que les generan determinados miedos específicos ante los que tienen una capacidad disminuida para afrontarlos. También las emociones que les suscitan, les hacen sentirse débiles e indefensos para manejarlas.

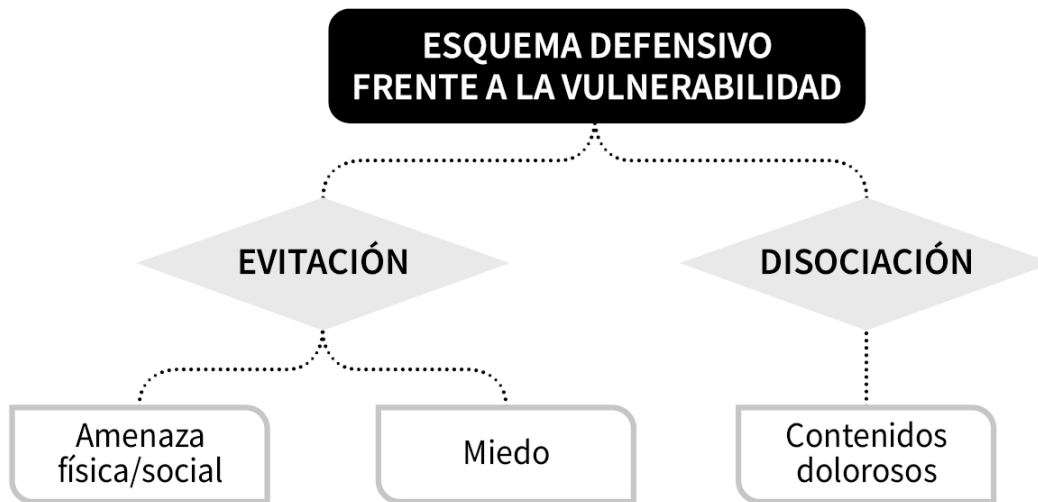
Esquema defensivo frente a la vulnerabilidad a los afectos

Por lo general, las defensas son automatismos que no surgen de una decisión reflexiva. El paciente no es consciente de ellas ni las activa voluntariamente, aunque puede darse cuenta parcialmente. Funcionan desde un nivel inconsciente sin participación de la reflexión consciente. En general son muy eficaces a corto plazo, pero suelen ser contraproducentes a medio y largo plazo y en ocasiones el propio proceso terapéutico puede resultar una amenaza que activa las defensas.

Como plantea Goleman (1998), el mecanismo de defensa es una maniobra de seguridad que utiliza la personalidad para no quebrarse, constituyéndose en una armadura protectora.

En general, la evitación defensiva abarca la causa atribuida a la emoción que se vive desde la vulnerabilidad y el propio temor que suscita el tipo de amenaza física y/o interpersonal asociada. La evitación es una trampa psicológica, que provoca exactamente lo que más queremos evitar.

Figura 3. Esquema defensivo frente a la vulnerabilidad



Con el fin de evitar la amenaza física y social, se utilizan como defensas un grupo de tendencias de acción que abarcan pensamientos, afectos, sensaciones, conductas y reacciones psicofisiológicas.

Como se indicó, el propio estado del organismo de hiperactivación puede producir una respuesta negativa-aversiva de miedo-huida, que queda condicionada a estímulos (ECs) asociados a la hiperactivación (EI) como pueden ser elementos sensoriales, contextuales y otras reacciones asociadas al estado.

Teniendo en consideración que el contexto es la agrupación de circunstancias específicas (como el lugar y el tiempo principalmente) en que se está produciendo un hecho (Wikipedia, 2011) y que el entorno del contexto puede ser material (algo que se presencié en el momento de ocurrir el hecho) o simbólico, sus relaciones con otros hechos, el ambiente en el cual el hecho ocurrió, y cualquier percepción que pueda ser asociada, se puede explicar la extensión y diversidad de estímulos condicionados asociados.

Ante estos estímulos condicionados al miedo se va a dar una respuesta que usa diversas tendencias de acción, como la evitación frente a situaciones y estímulos ansiógenos, dando lugar a fobias. Si algo causa ansiedad, se evita afrontarlo generando un alivio inmediato, pero al poco tiempo o cuando hay que enfrentar de nuevo al mismo problema, la ansiedad ha subido un escalón más.

La lucha contra la emoción y/o sensación física del miedo mediante tendencias de acción mentales como la racionalización para desconectarse del cuerpo y de la emoción y la lucha por medio de acciones conductuales no adaptativas, son ejemplos de defensas frente al miedo al miedo.

Y, por otro lado, otra vía defensiva se enfoca disociando de la conciencia los contenidos interoceptivos asociados al dolor, como recuerdos, afectos, representaciones mentales o incluso partes emocionales que contienen el dolor. Sin embargo, para desenvolverse adaptativamente en la vida cotidiana, según sostienen Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2008), es preciso no sólo ser consciente de las posibles amenazas físicas y de las amenazas sociales como el abandono, la soledad y el rechazo, sino también de las amenazas internas que provienen de emociones, pensamientos, creencias nucleares y deseos intolerables. Los denominados “mecanismos de defensa” constituyen trucos de la atención a los que recurrimos para evitar el dolor, manteniendo los pensamientos y recuerdos dolorosos fuera del área de la conciencia. Son, por lo tanto, dispositivos cognoscitivos para ocultar, modificar y distorsionar la realidad con el fin de evitar el sufrimiento.

Al utilizar los denominados mecanismos de defensa con la función de evitar, vencer, escapar, distorsionar o ignorar amenazas por medio del retiro de los estímulos cognitivos que las producirían, se establece una similitud con las dos estrategias básicas de la defensa frente a la amenaza física como son la huida (despersonalización, retracción de conciencia, amnesia, disociación) o la lucha (desplazamiento, formación reactiva, negación, racionalización, identificación con el agresor, introyección). Como consecuencia de ello las defensas van a proteger no sólo de las amenazas vinculadas al sufrimiento por medio de tendencias de acción que disocian la conciencia de lo doloroso, como emociones o pensamientos que resulten imposibles de asumir por su carga dolorosa, sino que en su batalla contra el dolor pueden actuar como defensa social y física.

Figura 4. Tendencias de acción defensivas frente a la vulnerabilidad



En estas situaciones o escenas que se repiten numerosas veces y que generan sufrimiento, el niño aprende a usar estos esquemas y maniobras de defensa con el fin de no sufrir. Los esquemas de atención que se aprenden en la infancia se autoperpetúan. Una vez que se ha aprendido a esperar una determinada amenaza, el individuo está predispuesto a buscarla, encontrarla y confrontarla.

El esquema defensivo en el paciente obsesivo

El esquema anterior puede explicar muchas respuestas, mecanismos de defensa e incluso rasgos de personalidad que se dan en muchos pacientes que generan esquemas defensivos frente a la vulnerabilidad al dolor, lo cual no es exclusivo de los pacientes obsesivos.

Los pacientes TOC, con vulnerabilidad emocional y fobias al miedo y al sufrimiento, desarrollan un esquema defensivo orientado a la

evitación del dolor, basado en tendencias de acción evitativas, unas enfocadas hacia el mundo interno como la huida de las emociones temidas, de las sensaciones físicas y de las representaciones mentales asociadas y otras como conductas fóbicas hacia las situaciones elicitoras.

A continuación, se procede a profundizar en algunos conceptos básicos del específico esquema defensivo de los pacientes obsesivos.

1. El núcleo de la vulnerabilidad al dolor: el TN

El concepto de TN como nódulo central de la vulnerabilidad al sufrimiento es fundamental para entender el problema obsesivo-compulsivo.

Con el término “TN” se hace referencia a la manera en que se percibe, se imagina y se siente en relación a una representación mental que constituye una amenaza de sufrimiento. Los aspectos perceptivos de la representación mental hacen que se viva como una amenaza real en vez de potencial y los aspectos subjetivos como una amenaza de dolor, que se vive desde la vulnerabilidad y la indefensión. Esta representación mental es vivenciada como una realidad y genera un gran sufrimiento, ante el que la persona se encuentra indefensa y sin opciones, constituyendo una amenaza interoceptiva. Incluye contenidos referidos a amenazas físicas y/o interpersonales e interoceptivas como recuerdos, pensamientos, creencias, deseos, sentimientos o aspectos de la personalidad. La representación mental temida, núcleo de la vulnerabilidad al dolor, contiene, por tanto, aspectos perceptivos, cognitivos y afectivos.

El material interoceptivo doloroso, objeto de la defensa disociativa que protege de su paso a la conciencia, queda almacenado en un nivel subcortical.

La persona obsesiva es particularmente vulnerable frente al sufrimiento asociado al TN, que contiene aspectos cognitivos y afectivos elicitoras de sufrimiento. Abarca representaciones mentales como un contenido mental ansiógeno referido a ciertas amenazas, una creencia nuclear y el afecto asociado. La información cognitiva se refiere a amenazas de tipo exteroceptivo como muerte, accidentes, rechazo, exclusión, etc. La amenaza

interoceptiva está constituida por creencias nucleares y afectos dolorosos.

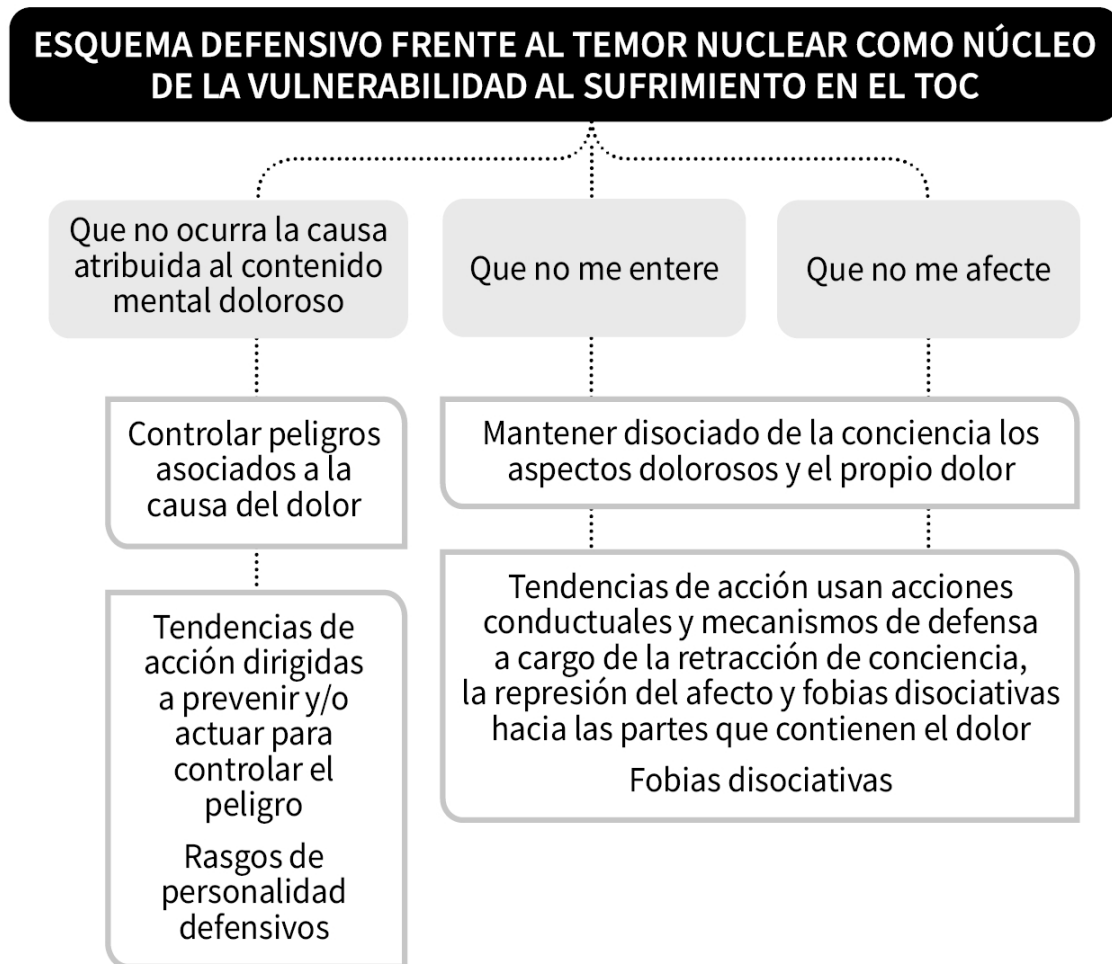
Su origen suele estar en una experiencia dolorosa infantil donde la forma en que el niño percibe, interpreta, valora y siente lo que está pasando constituye los componentes del TN. Según Silberg (2013) el aspecto más doloroso de los eventos traumáticos suele ser el significado que esos eventos encierran acerca de cómo la persona se ve a sí misma.

El TN, compuesto por componentes perceptivos, mentales y afectivos, constituye una amenaza interoceptiva por la fobia al dolor con la que está asociada. Las experiencias origen de la fobia al sufrimiento frente a un TN pueden ser situaciones estresantes donde el niño ve sufrir o sufre y vive con indefensión, sin apoyo, ni opciones y con falta de habilidades de regulación.

El contenido de la amenaza que se teme está basado en la interpretación específica que se hace de la experiencia, pero que se vive como real y genera un sufrimiento que se vive desde la vulnerabilidad, por lo que se activa la defensa encargada de esa protección. Contenidos mentales, que se vivencian como la propia realidad reflejan una metacognición del tipo fusión contenido mental-realidad, que posteriormente va a ser un factor alimentador del temor a la obsesión.

La fobia al sufrimiento frente al TN en el paciente obsesivo se origina en torno a contenidos mentales que aprende a temer y ante los que se siente inseguro e indefenso, y que están relacionados con la biografía emocional específica.

Figura 5. Esquema defensivo frente al TN



Es esta fobia al sufrimiento lo que nos introduce en el esquema defensivo frente a la vulnerabilidad que el mismo genera.

Los contenidos temidos no siempre se deducen claramente de la experiencia origen, ya que dependen más de la forma en que el niño interpreta lo que está pasando. Para ejemplificarlo, se muestra el caso de una paciente obsesiva que tenía el impulso a limpiar todo lo que entraba en casa de la calle, con el fin de proteger a sus hijos de la contaminación. Ella presencié, desde muy pequeña y de forma recurrente, las terribles peleas de sus padres. En esas discusiones, su madre discutía con su padre y se ponía tan alterada y descompuesta que la niña pensaba que se estaba muriendo en ese momento. De ahí se generó el temor a pensar en la muerte (en principio la de su madre) desde un estado emocional de miedo, inseguridad y desesperación, que vivenciaba como insoportable. La

consecuencia fue la generación de diferentes miedos: el miedo a pensar en la muerte, a sentir miedo, indefensión, desesperación, rechazo a percibirse como una persona débil, lo que desembocó en un estado disociado de la personalidad.

Aprendió a defenderse de estos temores de varias formas. Por un lado, evitando las causas a las que atribuía el miedo (muerte de su madre) que en esa situación infantil se centraba en intentar parar las discusiones de sus padres, y para no sentir el dolor, disociar de la conciencia los recuerdos de las peleas, los pensamientos de muerte y la percepción de su debilidad, así como el uso de mecanismos de defensa como la minimización e idealización de sus padres, entre otros.

2. Esquema defensivo frente al sufrimiento del TN'

La defensa, cuya función es proteger de la amenaza del sufrimiento que supone la conciencia de contenidos del TN, utiliza distintos caminos que van a constituir un esquema cuyo objetivo último es evitar la vulnerabilidad.

En general, para contrarrestar la vulnerabilidad ante ciertas amenazas hay varias opciones a considerar. Evitar que ocurran las amenazas, reducir en la medida de lo posible los efectos del propio peligro mediante predicción y alerta, preparación y mitigación, y fortalecer la capacidad para resistir y hacer frente a los peligros a través de abordar las causas subyacentes a la vulnerabilidad.

Sin embargo, el particular enfoque del esquema de defensa frente al sufrimiento del TN va a producir un aumento de la vulnerabilidad, ya que la evitación y disociación bloquean el abordar los temores e impiden aprender estrategias de afrontamiento eficaces.

En relación a la amenaza interoceptiva, núcleo de la vulnerabilidad, que supone la conciencia de los contenidos dolorosos que constituyen el TN, la defensa se enfoca en proteger para que no se den las causas atribuidas a los contenidos dolorosos, en mantener disociados de la conciencia los contenidos del TN y, por último, en caso de no tener las otras opciones, en disociar el afecto doloroso.

Este esquema defensivo utiliza diversas tendencias de acción que evitan la amenaza de dolor y que no sólo defenderán de las emociones o pensamientos que resulten imposibles de asumir por su carga dolorosa, sino que en su batalla contra el dolor pueden

actuar como defensa social y física. Las distintas maniobras buscan evitar o controlar las circunstancias externas o bloquear el acceso a la conciencia de lo doloroso. En resumen, constituye un complejo esquema que utiliza tendencias de acción fisiológicas, conductuales y mentales ante estímulos externos, asociados a una amenaza física o social, como hacia otros estímulos de tipo interoceptivo. Todo se puede resumir en la frase “que no ocurra lo que temo, si ocurre que no me entere, y si ocurre y me entero, que no me afecte”. Para llevar a cabo estas consignas, se incluyen hipervigilancia y alerta ante las áreas de peligro, acciones conductuales como defensa física y/o social que pueden originar rasgos extremos de personalidad, evitación, creencias inadaptativas, errores lógicos y mecanismos de defensa.

Se podría plantear el esquema defensivo ante la “vulnerabilidad” desde dos líneas:

- a) Una línea, con el objetivo de dar seguridad, tiene la función de evitar que ocurra lo que se atribuye a la causa del contenido mental temido. Por medio de la *predicción que alerta y acciones conductuales*, se busca el control por medio de evitar que ocurra lo temido al anticiparse a las circunstancias y utilizando acciones conductuales, en función de las circunstancias.

Las tendencias de acción defensivas pueden implicar acciones conductuales (altruismo, agrandar, sumisión, etc) en un intento de prevenir las condiciones que dan lugar al sufrimiento, pudiendo originar rasgos extremos de personalidad. Si, por ejemplo, un niño sufre porque cree que su madre no le quiere y ello lo atribuye a que es por su culpa por ser desobediente, una forma de defensa frente al dolor de esa percepción es ser obediente.

Un niño que sufre porque no percibe por parte de sus padres la atención que necesita, puede interpretar la causa de su carencia como debida a que es torpe y malo, por lo que la defensa se enfoca en ser perfecto en los estudios, obediente y complaciente, como medio de obtener la atención y evitar así el sufrimiento que le genera percibir la falta de atención que necesita.

Las tendencias de acción, que se centran en prevenir y/o actuar para evitar la causa atribuida al temor asociado al dolor, suelen estar basadas en creencias inadaptativas.

Creencias inadaptativas sobre atribuciones de responsabilidad imposible o de tipo perfeccionista son comunes como un medio de controlar y obtener la satisfacción de necesidades interpersonales y personales de seguridad y autoestima, evitando el sufrimiento derivado de la percepción e interpretación que realiza sobre las carencias o experiencias dolorosas que vive. Otra forma de obtener seguridad, dentro de las acciones conductuales defensivas, es la huida del miedo y las situaciones asociadas al peligro.

b) La segunda línea defensiva basada en la vulnerabilidad con que vive el sufrimiento va dirigida a disociar los aspectos dolorosos como percepciones, pensamientos, creencias y emociones, manteniéndolos por debajo del nivel consciente.

La observación de repetidos casos de pacientes con TOC muestra cómo han tenido una infancia marcada por el sufrimiento, aunque no siempre debido a traumas con T mayúscula, sino a situaciones que pueden considerarse en muchos casos traumas ocultos. Experiencias de no recibir ayuda ni protección en momentos de vulnerabilidad, no ser escuchados cuando lo necesitaban o ser objeto de demandas muy exigentes o atribuirles responsabilidades excesivas para su edad.

Pero también estar inmerso en situaciones de sufrimiento familiar, vividas por un niño de forma vicaria y no sólo en primera persona, puede generar mucho dolor. Es frecuente observar en pacientes obsesivos problemas en la pareja parental, enfermedades físicas o mentales de los padres, falta de recursos o separaciones traumáticas. Pero esta infancia estresante y marcada por el sufrimiento que el obsesivo ha vivido es con frecuencia ocultada o silenciada, pudiendo mostrar una idealización de la infancia y de las figuras parentales.

Estas situaciones, que el niño vive sin opciones ni control, invocan la disociación defensiva. Es la defensa cuando no hay defensa. Se intentan mantener disociados de la conciencia los aspectos dolorosos por medio de tendencias de acción conductuales y mecanismos de defensa a cargo de la retracción de conciencia y la represión del afecto. La famosa frase “ojos que no ven, corazón que no siente” refleja perfectamente la función defensiva a cargo

de la disociación de la conciencia de los contenidos mentales dolorosos, que puede utilizar acciones conductuales como estar muy ocupado y los denominados mecanismos de defensa cuyo objetivo es impedir que afloren los aspectos temidos del mundo interno.

La evitación de la amenaza interna que supone el dolor como consecuencia de la incapacidad para regular los afectos refuerza a su vez la vulnerabilidad, al no aprender habilidades de afrontamiento internas, ni abordar el propio dolor.

Hay que mencionar la importancia de fenómenos complejos de condicionamiento clásico en relación con la defensa frente al TN, que ampliaremos cuando se aborden los disparadores del proceso obsesivo.

Los estímulos presentes en las situaciones que producen una respuesta interna de miedo o temor ante el sufrimiento provocan posteriormente esas mismas respuestas por medio de procesos de condicionamiento complejo que se pueden ir generalizando ante otros estímulos asociados.

Como se señaló anteriormente, hay fenómenos y situaciones de condicionamiento que no son otra cosa que la especificación de las características de los elementos participantes por su carácter apetitivo o aversivo (condicionamiento positivo y negativo). En este caso de condicionamiento negativo, aquello que era aversivo se extenderá de forma condicional a nuevos elementos sensoriales o de cualquier otra modalidad reactiva. Se abre una nueva perspectiva a la hora de explicar todo lo referente a la emoción, ya que ésta se define por el continuo de positividad-negatividad-apetencia-aversión, tanto de los elementos reactivos como de las relaciones asociativas construidas a partir de éstas.

También hay que resaltar el papel de ciertas creencias en relación con el sufrimiento, que son manantiales de perturbación que mantienen las emociones bloqueadas.

El niño aprende a temer el dolor y adquiere creencias reflejas negativas acerca de su capacidad para afrontarlo como, por ejemplo: “no tengo fuerzas para superar el sufrimiento”, “me va a durar siempre”, “estoy indefenso” o “no tengo control”. Esta fobia a la emoción negativa asociada al sufrimiento y las creencias

acerca de la incontrolabilidad de la emoción condicionan el tipo de proceso defensivo (Goleman, 1998).

Puede entenderse el papel alimentador que tienen estas creencias sobre las tendencias de acción del esquema defensivo. Como se indicó anteriormente, el niño aprende una serie de determinados esquemas y de maniobras de defensa con el fin de no sufrir. Los esquemas de atención que se aprenden en la infancia se autoperpetúan. Una vez que se ha aprendido a esperar una determinada amenaza, el individuo está predispuesto a buscarla, encontrarla y confrontarla, o a apartar la mirada y evitarla.

Capítulo 4 / Fase II

Antecedentes

En el problema obsesivo-compulsivo, como se mostró en la Fase I, existe una base de vulnerabilidad frente a ciertas amenazas que constituyen miedos, el TN, así como una falta de recursos para afrontarlas y la incapacidad para hacerles frente emocionalmente, por lo que se generan defensas (fobias afectivas).

Una específica y complicada estructura defensiva se enfoca en proteger de los miedos y de las fobias a ciertos contenidos de la experiencia interna, núcleo de la vulnerabilidad al sufrimiento frente a un TN que es el núcleo de los contenidos mentales y afectivos específicos temidos por el paciente. La defensa frente al sufrimiento se realiza por medio de evitar los hechos o circunstancias que lo eliciten y a través de la disociación de la conciencia de los aspectos asociados al dolor, incluido el propio afecto.

Este esquema defensivo es exitoso hasta la ocurrencia de ciertas experiencias donde se produce una tipología específica de disociación estructural que puede generar, junto a otros aspectos, el TOC.

Aunque las investigaciones concluyen que existe una relación entre el trauma infantil y el TOC (Carpenter *et al.* 2011; Lochner *et al.* 2010; Cromer *et al.* 2007; De Silva *et al.* 1999; Sasson *et al.* 2015; Lafleur *et al.* 2011; Bey *et al.* 2017), sin embargo, el tipo de traumatización que va a generar el TOC, tiene unas características específicas diferenciales.

En el problema obsesivo está implicado un tipo de traumatización compleja que da lugar a una disociación estructural secundaria, donde además de una parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), hay partes emocionales (PEs) con información almacenada disfuncionalmente, extero e interoceptiva, en distintos niveles de conciencia. No se puede descartar que, en algunos casos, obsesiones y compulsiones sean un problema más dentro de un trastorno disociativo.

En la biografía emocional de los pacientes obsesivos se observan traumas interpersonales crónicos a lo largo del desarrollo, aunque

pueden encontrarse también otro tipo de traumas, no todos los cuales están relacionados necesariamente con la sintomatología obsesiva compulsiva.

La traumatización que da lugar a este tipo de trastorno tiene unas características específicas que la distinguen de otro tipo de traumas. Dicha traumatización podría denominarse “traumatización al fracaso defensivo” (TFD), debido al dolor traumático generado por contenidos constituyentes del TN. Ello supone el fallo de la protección, es decir, el fracaso defensivo.

Los efectos de la “traumatización al fracaso defensivo” (TFD) que supone el fallo de la protección frente al dolor en torno al TN son relevantes ya que implican disociación estructural de núcleos de información, quedando la información fraccionada y almacenada disfuncionalmente.

Antes de explicar el tipo específico de traumatización que se produce en los pacientes con TOC, hay que incidir en los conceptos de disociación y traumatización, para poder entender los efectos de este tipo de traumatización compleja y el porqué y el cómo de las intrusiones obsesivas.

La traumatización compleja en el TOC

Los factores citados previamente en la fase I favorecen las condiciones para la aparición del TOC, aunque no son suficientes, ya que se requiere también la concurrencia de un tipo específico de traumatización compleja cuyas características se exponen a continuación.

Disociación defensiva y disociación estructural de la personalidad

El término disociación expresa distintos conceptos. Por un lado, puede referirse a una división de la conciencia y los mecanismos defensivos necesarios, mientras que por otro, también se refiere a una división de la personalidad, lo que nos introduce en la disociación estructural como consecuencia del trauma.

Se considera trauma a una experiencia perturbadora que bloquea las capacidades integradoras del cerebro. Shapiro (2001) considera el sistema de procesamiento de la información como un sistema intrínseco, físico y adaptativo, orientado a integrar experiencias

externas e internas. Dichas experiencias se reflejan en memorias físicamente almacenadas que se asocian en redes de memoria.

En determinadas condiciones el sistema de procesamiento de información se bloquea, dando lugar a que la información quede almacenada disfuncionalmente.

La disociación estructural implica una obstaculización de la progresión natural en dirección a la integración de los sistemas psicobiológicos de la personalidad (Putnam, 1997). Se puede producir en relación con sucesos traumáticos junto con un inadecuado nivel de energía y eficiencia mental del individuo que lo padece. Pero también puede producirse debido a información interoceptiva almacenada disfuncionalmente que genera altos niveles de activación emocional. Lo anterior plantea la necesidad de diferenciar estos dos tipos de disociación claramente discriminatorios. En una se incide en la disociación como una división de la conciencia y en la otra como una división estructural de la personalidad. La primera es una defensa que busca la exclusión de información a la conciencia, y en este sentido es activa e incluye una intencionalidad inconsciente.

En contraposición, Janet indica que, aunque pudiera existir un uso activo como en el caso de la “fobia al recuerdo”, también puede ser una consecuencia de una angustia insoportable. Cuando una persona está aterrorizada o abrumada por una emoción extrema, es incapaz de asimilar la experiencia en el marco mental con que cuenta. El resultado es que no se puede conectar la experiencia con el resto de la historia personal, fallando las funciones sintetizadoras de la psique.

Actualmente se establece que los sucesos traumáticos dolorosos, en contraste con el dolor no traumático, disparan una experiencia emocional intensa con el desborde concomitante autonómico/somático, provocando incrementos en la actividad simpática y respuestas prominentes en el sistema límbico, p. ej. el hipotálamo, periacueducto gris, cíngulo anterior, ínsula, corteza parietal y prefrontal (Hutchison, Harfa y Dostrovsky, 1996).

La intensidad de la emoción es la causa principal de que falle el sistema de procesamiento de la información generando información almacenada disfuncionalmente (IAD).

Según Shapiro (2006): “cuando alguien experimenta un trauma psicológico grave, parece que se produce un desequilibrio en el sistema nervioso, causado quizás por cambios en los neurotransmisores, la adrenalina y otros fenómenos similares. Debido a este desequilibrio, el sistema de procesamiento de la información es incapaz de funcionar de modo óptimo y la información adquirida en el momento del evento, incluyendo imágenes, sonidos, emociones y sensaciones físicas, se mantendrá neurológicamente en un estado perturbador”.

Esta teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart *et al.*, 2008) sugiere que los pacientes con trastornos complejos relacionados con un trauma se caracterizan por una división de la personalidad en dos partes diferentes, cada una con su propia base psicobiológica. Una o más partes “aparentemente normales” (PANs), utilizan sistemas de acción cuyo fin es la adaptación a la vida diaria, mientras dos o más partes emocionales (PEs) están fijadas en las experiencias traumáticas. Todas las partes están atascadas en tendencias inadaptadas de acción que mantienen la disociación.

La inclusión de las experiencias internas como memorias que pueden estar almacenadas disfuncionalmente permite incluir en el modelo los contenidos disociados de la conciencia, las defensas disociativas y las fobias disociativas. La información de tipo interoceptivo (pensamientos, afectos, defensas, partes) almacenada disfuncionalmente (IADI) puede estar en un nivel consciente como las fobias disociativas de la PAN hacia otras partes/ tendencias de acción (por ejemplo, cuando se expresa “odio mi agresividad”) como en un nivel inconsciente, como sucede con la forma de actuar de la defensa a cargo de las obsesiones.

Una vez planteadas estas dos formas alternativas que pueden dar lugar a procesos de disociación, nos sirve como guía explicativa de los conceptos de represión y de disociación estructural el resumen que Díaz Benjumea (2007) realiza siguiendo a Howell (2005), recalcando como diferencias importantes los siguientes aspectos:

- La disociación como resultado de la represión es motivada, defensiva y es algo que uno hace, mientras que la disociación estructural de la personalidad es fundamentalmente un proceso

psicológicamente pasivo, automático, como consecuencia de que fallan las funciones sintetizadoras de la psique.

- La disociación basada en la represión se refiere a una información que una vez fue accesible pero luego no, mientras la disociación estructural de la personalidad normalmente se refiere a la división de la experiencia en la que las partes permanecen una junto a la otra. Las organizaciones de la experiencia compiten y se mantienen apartadas, como es el caso en la “parte emocional” (PE) y la “parte aparentemente normal” (PAN).

Aunque Howell (2005) conceptualiza la represión como una escisión horizontal de forma que la persona que reprime recuerdos o deseos actúa como unidad con respecto al contenido reprimido, puede producirse también una disociación estructural entre la conciencia y el inconsciente. El proceso disociativo represivo puede dar lugar también a un efecto estructural, como una división organizada y perdurable de los contenidos experienciales del self (Nijenhuis, Van der Hart. y Steele, 2004) como consecuencia de vivir estos contenidos internos con una angustia insoportable.

Teniendo en consideración todo lo anterior, se hace necesario formular una teoría que implique la conceptualización de la disociación en base a estos dos criterios. Un criterio basado en el tipo de modalidad de escisión: escisión horizontal (entre nivel consciente-inconsciente) frente a la escisión vertical, (material escindido que reaparece en distintos momentos), y el otro en torno al tipo de proceso, activo e intencional versus pasivo donde fallan las funciones sintetizadoras de la mente. Todo ello es considerado un aspecto clave en orden a poder formular un modelo explicativo acerca del TOC.

Tabla 1. Criterios de clasificación de la disociación

TIPO DISOCIACIÓN	NIVEL CEREBRAL	
	CORTICAL	SUBCORTICAL
Activa, intencional		Represión
Pasiva, falla procesamiento	Disociación estructural	
Ambos procesos		Disociación estructural de aspectos reprimidos

En resumen, el término disociación expresa fenómenos como la represión defensiva intencional o es la consecuencia de la disociación estructural, como resultado de sucesos traumáticos.

Aspecto relevante en el TOC es la ocurrencia de ambos procesos, de forma que material objeto de disociación en base a un proceso de represión, debido a un elevado nivel de activación, da lugar a disociación estructural.

Hay que entender, por tanto, los procesos disociativos dentro de la concepción de un self múltiple, caracterizado por una multiplicidad de distintas partes que en sí mismas tienen partes, que pueden estar en distintos niveles de conciencia. Ello puede producir una enorme complejidad respecto de la forma en que estas partes se relacionan, tanto externa como internamente. Se puede asentar, al amparo de la experiencia clínica, con Díaz Benjumea (2007) que recoge la idea de Fairbairn que plantea Howell (2005) en su libro *The Dissociative Mind* de que lo que se internalizan en realidad son patrones relacionales.

Contenidos reprimidos, estados del self organizados alrededor de un afecto, partes emocionales, partes defensivas que fijan la atención en el marco sensorial y se centran en operaciones físicas y mentales periféricas que distraen de los mundos de la realidad interna y externa, así como las que internalizan aspectos malos de figuras de apego, son todos aspectos que pueden ser objeto de disociación estructural.

Efectos de la disociación estructural de la personalidad

Es necesario mencionar algunos efectos de la disociación estructural de la personalidad para entender las intrusiones obsesivas.

A las partes divididas de la personalidad se las denomina “partes disociativas de la personalidad”. Aunque se separan, permanecen unidas en cierto grado, aunque insuficientemente integradas. Pueden entrar en diferentes estados mentales. Existe alternancia y coexistencia entre partes evitativas del trauma que experimentan demasiado poco (embotamiento, desapego, amnesia) por medio del uso de estrategias tanto conscientes como inconscientes de evitación y parte(s) fijadas en el trauma que experimentan demasiado, reviviendo el trauma y fijación en las defensas.

La parte aparentemente normal de la personalidad (PAN) está orientada a los sistemas de acción de la vida diaria y evita física y mentalmente cualquier indicio, incluido el mundo intrapsíquico, relacionado con el trauma.

La parte emocional de la personalidad (PE) (Myers, 1940) codifica y almacena el trauma, reviviéndolo por vía emotiva y sensoriomotora. Los recuerdos sin procesar se guardan de forma aislada. Lo que se queda sin procesar no es sólo recuerdos, sino elementos de varios tipos como afectos, pensamientos, sensaciones, respuestas comportamentales y percepción de las amenazas, en el momento del evento. La información está almacenada de forma disfuncional y no puede enlazar con la información adaptativa. Lo repite porque no pudo completarlo. Se activa y desactiva por diversos estímulos internos y externos. Hay niveles biológicos/neurofisiológicos y psicológicos atascados en distintos niveles de conciencia. En muchos casos la traumatización está en relación con “tomar conciencia”, siendo los contenidos “no conscientes” el núcleo de la traumatización, como ocurre en el TOC.

Existen distintos niveles de disociación estructural de la personalidad. En el trauma simple o disociación estructural primaria de la personalidad se encuentra una sola parte emocional (PE), fijada al momento del trauma, y la parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), que sigue adelante con la vida diaria. Esta situación caracteriza los trastornos postraumáticos simples, incluyendo el TEPT.

Pero cuando los eventos traumáticos empiezan tempranamente en la vida, son cada vez más abrumadores y/o prolongados o crónicos, y la fragmentación de la personalidad se multiplica. En esta disociación estructural secundaria hay también una única parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), pero más de una parte emocional (PE). Una traumatización más grave conlleva posteriores subdivisiones.

Frente a un entorno traumatizante persistente se activarán diferentes subsistemas de acción defensivos, pero al tiempo han de ser bloqueados para sobrevivir. Los distintos subsistemas defensivos característicos de la parte emocional configuran partes emocionales (PEs), basadas cada una en una respuesta diferente como la lucha, la huida, la congelación o el colapso. Esta disociación estructural secundaria está principalmente relacionada con el TEPT complejo o DESNOS, el TLP relacionado con el trauma y el trastorno disociativo no especificado subtipo 1 (TDNE1).

La disociación estructural terciaria de la personalidad implica más de una parte emocional (PE), y también más de una parte aparentemente normal de la personalidad (PAN). No sólo la respuesta defensiva se fragmenta y descoordina, sino también la forma de afrontar la vida diaria se hace a través del desarrollo de estados mentales diferentes, con un bajo nivel de integración. La disociación estructural terciaria hace referencia únicamente a pacientes con trastorno de identidad disociativo (TID).

El TOC, como mínimo, es un problema de disociación estructural secundaria, aunque no puede descartarse que en algunos casos sea un síntoma más de un trastorno con disociación estructural terciaria.

La traumatización frente al fracaso defensivo (TFD) como respuesta al fallo de la protección frente al dolor generado por el TN

El obsesivo es particularmente vulnerable frente al sufrimiento en relación con el TN, constituido por información interoceptiva afectiva y cognitiva.

En este contexto de condiciones básicas determinadas experiencias que activan el sufrimiento frente al TN, y debido a la intensa activación emocional, generan una disociación estructural.

El fracaso de la defensa ante el TN, que genera un dolor traumático, da origen a un tipo de traumatización en torno al fracaso defensivo, que es clave para entender posteriormente la aparición de obsesiones ante determinados estímulos disparadores. La consecuencia es una nueva defensa, que defiende a su vez del fallo a la defensa encargada de proteger del dolor de tomar conciencia del TN.

Esta experiencia que se denomina “traumatización al fracaso defensivo” (TFD) implica el temor a fracasar de cara a impedir la amenaza de sufrimiento que supone ser consciente de “contenidos del TN” frente al que la persona se siente vulnerable, añadiendo nuevos temores dentro de la constelación de miedos. El temor a fallar en la protección defensiva puede asociarse a diferentes aspectos. En función de la experiencia que lo originó, puede ser el temor a los cambios, o a no controlar los peligros específicos asociados o a fallar en el desempeño de roles o en aspectos personales considerados como estandartes de seguridad. Entonces aparecen nuevas formas de reforzar la protección, que se sustentan en la evitación de los cambios, en la necesidad de controlar el peligro potencial o en no fallar en metas perfeccionistas, claramente inalcanzables.

Figura 6. Traumatización al fracaso defensivo frente al TN



En este tipo de traumatización compleja, la memoria traumática se almacena disfuncionalmente en varias redes y niveles corticales. Estas partes, aunque asociadas dentro de un conjunto de

neuroredes, muestran cómo algunos elementos de la misma memoria pueden permanecer disociados entre ellos.

La parte emocional PE1 contiene en una red almacenada disfuncionalmente los elementos exteroceptivos de la experiencia que dio lugar a la “traumatización al fracaso defensivo”.

La parte emocional PE2 está constituida por la red, almacenada disfuncionalmente a nivel subcortical, con la información interoceptiva constituida por los contenidos del TN, núcleo esencial de este tipo de traumatización.

Por último, otra red con información almacenada disfuncionalmente tanto a nivel cortical como subcortical constituye una parte emocional PE3 a cargo del *cluster* defensivo que va a generar las obsesiones y que requiere un análisis en profundidad.

El *cluster* defensivo que constituye la parte emocional a cargo de generar obsesiones, está compuesta por tendencias de acción que funcionan dentro de un complejo entramado. La defensa obsesiva es una defensa que protege del fallo al esquema defensivo previo. Incluye la evitación de los hechos y circunstancias activadores del miedo nuclear y mantiene disociados de la conciencia los contenidos asociados al dolor. Como consecuencia de la TFD se introduce una consigna defensiva específica de tipo perfeccionista (alimentadora de la defensa obsesiva) con el propósito de reforzar la defensa frente al fallo defensivo que tiene el doble cometido de evitar causas y circunstancias y mantener disociado de la conciencia el TN al desplazarlo a otros contenidos (obsesiones) con los que mantiene una relación asociativa.

La traumatización que subyace al problema obsesivo es muy compleja estructuralmente. Una o más partes aparentemente normales de la personalidad (solo en casos TID), varias partes emocionales con información almacenada disfuncionalmente, extero e interoceptiva, en distintos niveles de conciencia, constituyen este entramado.

Podría considerarse la obsesión como un síntoma secundario de defensa, ya que es una defensa que protege de fallar a la “defensa frente al TN”.

Debido a que no se puede descartar que en el TOC se encuentren diversos traumas y que algunos no estén directamente relacionados

con el trastorno o incluso que la sintomatología obsesivo-compulsiva sea un problema más dentro de un Trastorno Disociativo, es necesario centrarse en entender este tipo de traumatización, para poder esclarecer el papel que las obsesiones tienen en cada caso específico. El TOC puede considerarse como un problema de traumatización compleja que, según los casos, puede ser encuadrada dentro de un problema de disociación estructural secundaria o terciaria.

En sucesivos capítulos se abordarán con más detalle estos aspectos estructurales y funcionales tan relevantes, de cara a la conceptualización de cada caso.

Redes de memoria, tipos de información y almacenamiento disfuncional

Para entender el tipo específico de traumatización que va a propiciar la aparición del problema obsesivo, hay que profundizar en los conceptos de redes de memoria, la información intero o exteroceptiva que pueden contener, y el efecto que determinadas circunstancias pueden tener en la forma en que se almacenan en las redes neuronales, como consecuencia del fallo en el sistema de procesamiento de la información.

Como se viene repitiendo, la intensidad de la emoción es la causa principal de que falle el sistema de procesamiento de la información, generando información almacenada disfuncionalmente (IAD). Pero puede haber otras causas porque las memorias, según Shapiro (2006), “incluyen cualquier información con emociones y sensaciones perturbadoras que ha sido almacenada disfuncionalmente, sin una adecuada asimilación en redes adaptativas más amplias”.

González y Mosquera (2012) modifican el término de “memorias almacenadas disfuncionalmente” que se refiere a los recuerdos de eventos (exteroceptivos) traumáticos que incluyen elementos explícitos e implícitos, por el concepto más amplio de “información almacenada disfuncionalmente”, que incluye tanto las memorias autobiográficas como los elementos disfuncionales que se han generado en la experiencia intrapsíquica del paciente que genera altos niveles de activación emocional.

Antecedentes

Se van a exponer, paso a paso, las etapas previas que van a desembocar en la TFD. Una red de recuerdos incluye imágenes, pensamientos y sonidos, creencias, emociones y sensaciones. Sin embargo, Leeds (2011) incorpora un sexto elemento que contiene la información acerca de las respuestas verbales, fisiológicas, de conducta e impulsos no expresados.

Es decir, se incluyen también las respuestas que el paciente no pudo efectuar en el momento del trauma y que se han quedado atascadas. Dentro de estas respuestas se encuentran las que implican acciones mentales defensivas, y que, según muestran las observaciones clínicas, suelen relacionarse con el reprocesamiento no efectivo, ya que son las responsables de bloqueos y del looping en el proceso.

Figura 7. Esquema de redes de recuerdos de Leeds (2011)



Red defensiva frente a la vulnerabilidad al dolor generado por el TN

En el obsesivo, la red del recuerdo donde se origina la vulnerabilidad al dolor frente a un TN tiene como características básicas el almacenamiento a nivel cortical de las imágenes, sonidos, olores y sensaciones, mientras que los componentes del TN (creencias, pensamientos y afectos dolorosos específicos) se encuentran almacenados a nivel subcortical. Tanto hipervigilancia con la alerta ante las áreas de peligro, como los mecanismos de

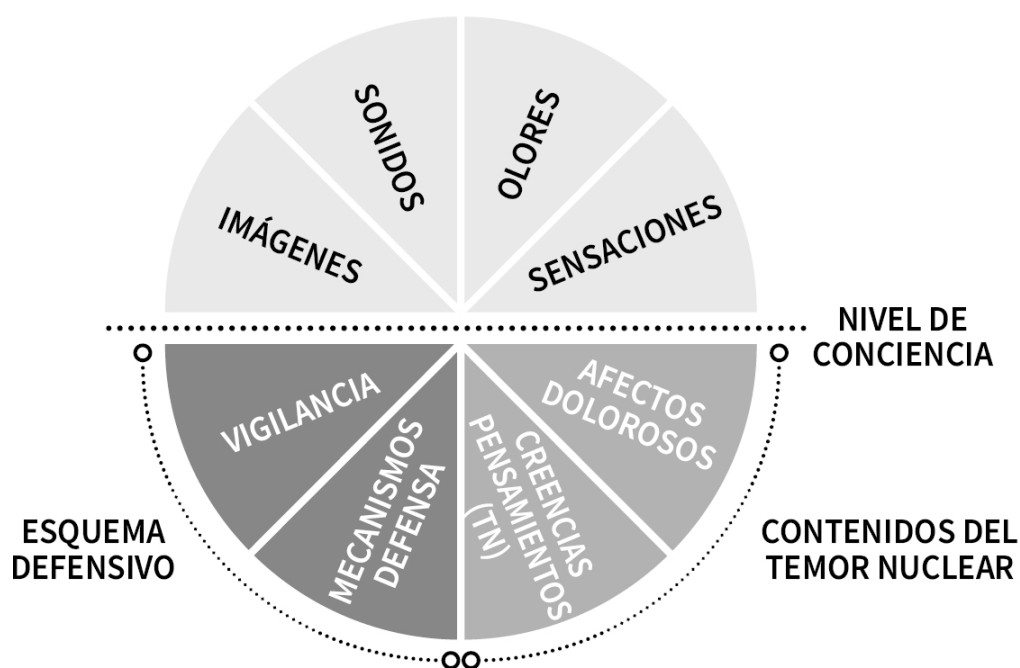
defensa y los impulsos funcionan por debajo de la conciencia con el propósito de mantener los contenidos del TN, fuera del nivel consciente. Puede haber algunas consignas defensivas que sean conscientes como creencias inadaptativas del tipo: “tengo que ser bueno”; “tengo que ser el mejor en los estudios”.

Sería algo similar a un objeto que está expuesto a la vista, pero situado de una manera en la que algunos defectos que tiene no se ven. Estos aspectos se representan en la figura 8.

Redes como consecuencia de la Traumatización al Fracaso Defensivo (TFD)

Como se planteó anteriormente, en los trastornos obsesivos existen ambos procesos disociativos. Frente a determinadas representaciones mentales y contenidos afectivos, se genera un proceso defensivo, activo e intencional, y a partir de una experiencia de dolor traumático donde los componentes interoceptivos generan una elevada intensidad emocional, se produce un efecto estructural, como resultado de la incapacidad de procesar representaciones mentales y contenidos afectivos en dicha experiencia.

Figura 8. Esquema de redes frente al TN



En este contexto de condiciones básicas, la intensa activación emocional generada por contenidos mentales referidos a amenazas

exteroceptivas e interoceptivas, constitutivos del TN, produce un efecto estructural específico.

La información almacenada disfuncionalmente (IAD) recoge memorias desadaptativas de experiencias traumáticas adversas y no resueltas como consecuencia de un elemento exteroceptivo, pero también es el resultado de elementos interoceptivos de tipo intrapsíquico, como contenidos mentales o afectivos, defensas psicológicas o acciones mentales secundarias, que generan un grado de activación emocional tan alto que bloquea el sistema de procesamiento de la información.

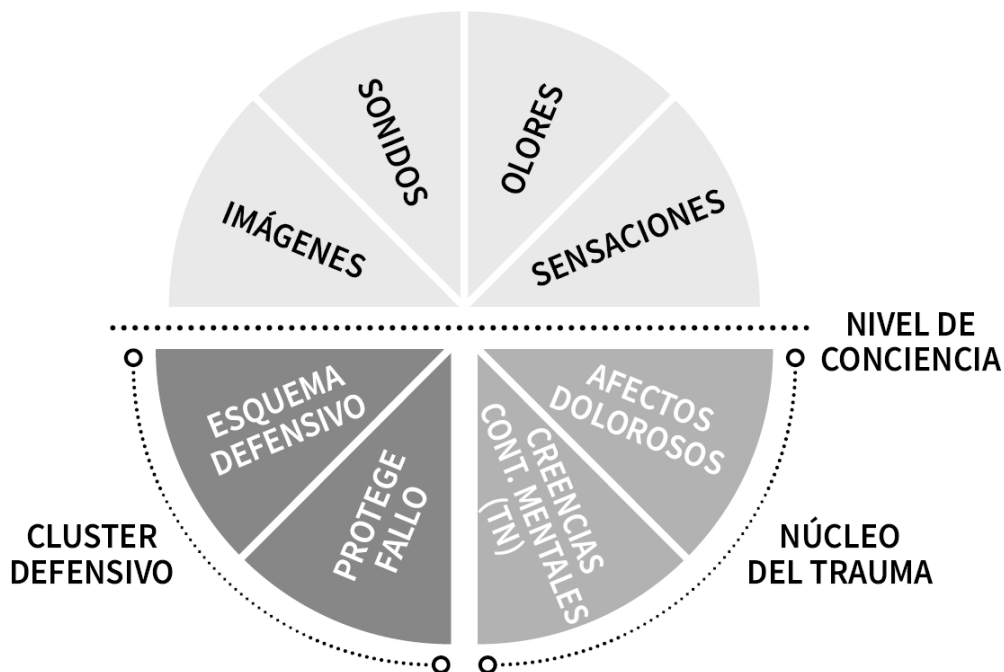
Lo anterior define lo que ocurre en la TFD, dando lugar a diferentes redes que albergan a los distintos componentes constituyentes de la red del recuerdo. Es similar a lo que ocurre cuando el jarrón se cae y se hace añicos. Algunos añicos se pueden ver mientras otros han quedado escondidos debajo de los muebles.

Por un lado, normalmente están las imágenes, sonidos, olores, sensaciones y acciones que constituyen una parte de la red, aunque hay casos donde hay amnesia. Otra parte de la red está compuesta por los contenidos del TN constituidos por aspectos de la experiencia interna asociados al dolor tales como algunas emociones, representaciones mentales, percepciones, pensamientos y creencias, disociados de la conciencia. Y por último, otra red se configura con el *cluster* defensivo que agrupa el esquema defensivo a cargo de un conjunto de tendencias de acción fisiológicas (vigilancia), acciones mentales a cargo de la represión del afecto y la retracción de la conciencia e impulsos y actos. Dentro de estas tendencias, aunque hay algunas conscientes, la mayoría funcionan disociadas de la conciencia.

La figura 9 representa el efecto de una experiencia que activa el sufrimiento generado por elementos interoceptivos, objeto de la defensa vulnerabilidad y que, al generar una alta activación, produce el fallo de las funciones sintetizadoras de la mente. La consecuencia es la disociación estructural, quedando la red de memoria almacenada de forma fraccionada en distintas redes de memoria, varios niveles cerebrales y diferentes partes de la personalidad. Una consecuencia es la respuesta que defiende del fallo en la protección

frente al dolor generado por el TN (núcleo afectivo-contenido mental).

Figura 9. Redes en la traumatización al fracaso defensivo



Elementos que derivan del mismo evento, como consecuencia de la disociación estructural, se almacenan en redes distintas y en distintos niveles de funcionamiento cerebral. Por un lado, una red que contiene información a nivel cortical con los elementos exteroceptivos de la situación donde se produjo la traumatización frente al fracaso defensivo y que constituye una parte que se denomina PE1. En algunos casos, cuando existe amnesia, esta red está almacenada por debajo de la conciencia, pero lo habitual en los TOC es que tengan acceso a esta información a nivel consciente.

Otra red con la información constituyente del TN conforma una parte emocional que se denomina PE2, con los aspectos interoceptivos de la memoria de sufrimiento fijados al dolor traumático en torno al TN. En resumen, una red de información interoceptiva almacenada disfuncionalmente (IADI) a nivel subcortical con el contenido interoceptivo de la memoria de sufrimiento.

El *cluster* defensivo es la red que agrupa las tendencias de acción defensivas, constituyendo una parte emocional denominada PE3.

Leeds (2011) considera que las redes de memoria incluyen también tendencias de acción que puedan mantenerse en diferentes modos de cara a la adaptación. Por lo que PE3 está constituida por una agrupación de redes de información que incluyen tanto las del esquema que defiende ante el TN como la red fijada en protegerlo del fracaso defensivo.

Resumiendo, la traumatización al fracaso defensivo (TFD) como respuesta al fallo de la protección frente al dolor generado por el TN, produce un específico efecto estructural donde aparece una nueva defensa, que determinados estímulos activan ante el peligro del fallo defensivo, generando la aparición de una obsesión.

La parte PE3 constituye un *cluster* defensivo que utiliza diversas tendencias de acción. Utiliza mecanismos de defensa que desplazan el módulo de los contenidos constituyentes del TN a otro módulo con el que mantiene relaciones asociativas. Otras tendencias de acción se basan en “anticipar” el peligro potencial asociado a la causa que se atribuye a la amenaza contenida en el TN, “comprobar” que no se ha fallado, se está fallando o se va a fallar en el ámbito, rol, actividad de la defensa perfeccionista. Esta parte da respuesta a la doble función del esquema defensivo previo ya que, al mismo tiempo que mediante mecanismos de defensa desplaza la conciencia de los contenidos del TN hacia otras amenazas, utiliza acciones mentales y/o conductuales enfocadas a su prevención y control, lo que mantiene la atención alejada del foco del TN.

En algunos casos este *cluster*, que se manifiesta por medio de obsesiones, puede estar protegiendo a una parte frente a otra parte rechazada, la cual puede llegar a estar completamente disociada, o frente a introyecciones que activan la parte vulnerable ante el dolor. Por lo que hay que descartar, al conceptualizar un caso TOC, que las obsesiones y compulsiones no sean un síntoma más de un Trastorno Disociativo a cargo de mantener fobias disociativas entre partes. Estos aspectos se desarrollarán en profundidad en la conceptualización de casos.

A raíz de la experiencia de dolor que origina la TFD en torno a los contenidos que componen el TN, se genera la parte que utiliza las obsesiones como válvula de seguridad para proteger del fallo que

supondría que los contenidos, núcleo de este tipo de traumatización, afloran a la conciencia, con la amenaza de sufrimiento que conlleva. Esta parte introduce en el esquema defensivo previo frente al TN determinada consigna específica cuya naturaleza perfeccionista, y por tanto imposible, aboca directamente al fracaso de las tendencias de acción utilizadas.

La defensa obsesiva

Se puede considerar que la obsesión es el resultado de una defensa que defiende del fallo al esquema defensivo previo que protege del dolor frente al TN. Este conjunto constituye un *cluster* de diferentes tendencias de acción fisiológicas, mentales y conductuales, que se han ido desarrollando sucesivamente y que se pueden considerar dentro del concepto de esquema de Young.

Según Young *et al.* (2003), un esquema se desarrolla en la infancia y se extiende a lo largo de la vida, a menos que sea tratado. Los esquemas fueron creados como ayuda para superar las carencias en necesidades básicas, los sentimientos y situaciones insoportables, o para vencer la influencia de la acumulación de interacciones tempranas con otras personas significativas. Son multifacéticos, con componentes cognitivos, emocionales, interpersonales y conductuales, y se encuentran en distintos niveles cerebrales, corticales y subcorticales, quedando aspectos que están fuera de la conciencia. Incluyen el sentido de sí mismo de la persona y se consideran difíciles de cambiar.

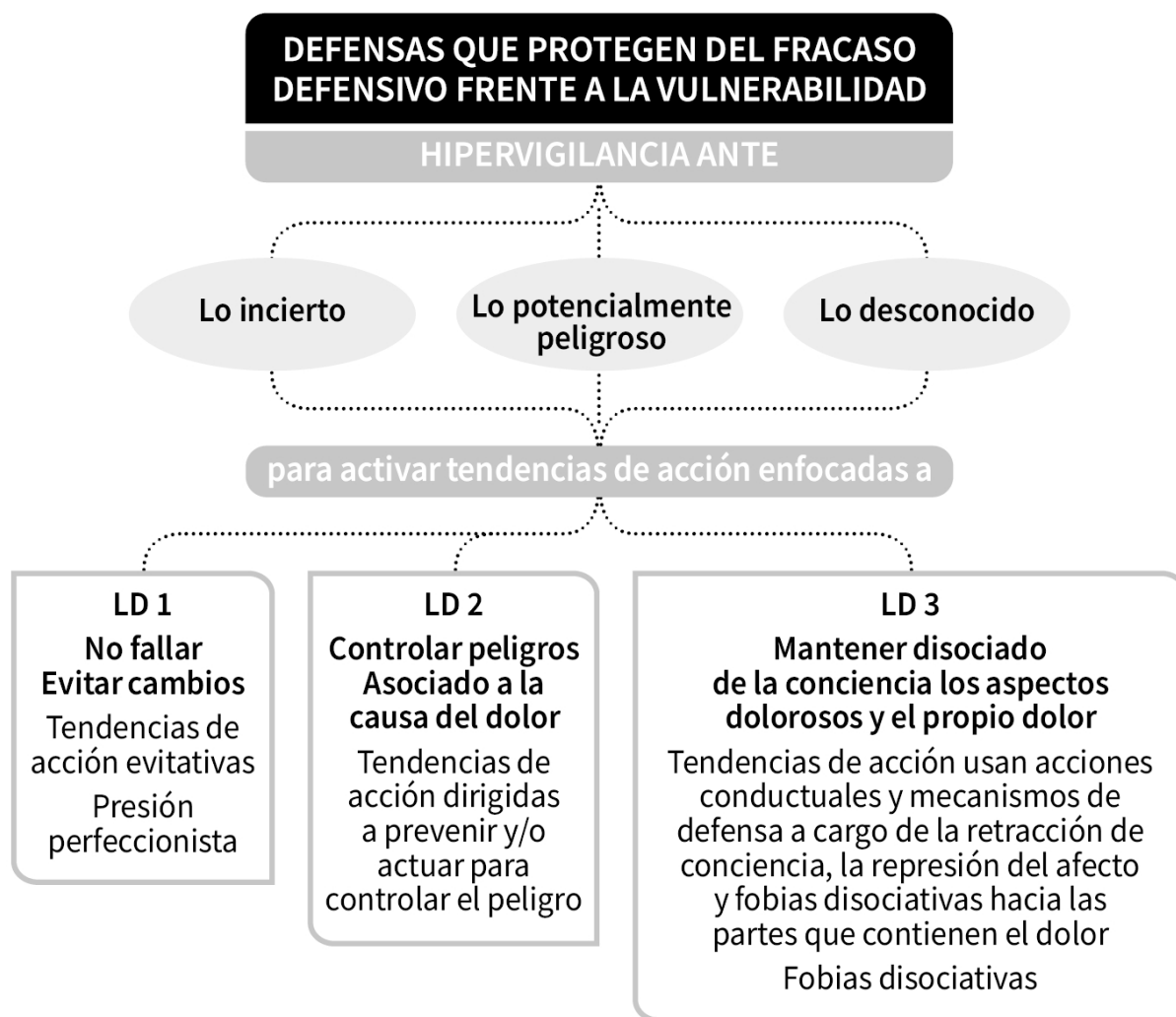
Esta conceptualización de esquema es claramente aplicable a la estructura defensiva del paciente con TOC. Hay muchas tendencias de acción cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas que afectan a distintos niveles cerebrales. Las tendencias de acción fisiológicas están a cargo de respuestas psicofisiológicas como hipervigilancia de las áreas de peligro tanto externas como internas, así como de otras basadas en la defensa frente a la amenaza física como lucha, huida o paralización. Las tendencias de acción mentales afectan a distintos niveles cerebrales. Por ejemplo, en el nivel cortical con creencias extremas de asunción de responsabilidad, creencias inadaptativas, creencias nucleares negativas y errores lógicos, en el nivel cortical/subcortical (*córtex

paralímbico) consignas perfeccionistas y en el nivel subcortical impulsos y mecanismos de defensa.

Asimismo, son difíciles de cambiar ya que incluyen el sentido de sí mismo y los déficits de integración cerebral del obsesivo.

En la figura 10 se muestra cómo ante distintos disparadores, la defensa obsesiva utiliza diferentes líneas defensivas (LD1, LD2, LD3).

Figura 10. Defensa obsesiva y líneas defensivas



Resumen de las tendencias de acción del esquema defensivo en los TOC

A. Creencias más frecuentes en los TOC

Revisaremos algunas de las creencias más frecuentes en los TOC, que se muestran en la tabla más abajo, especificando su función,

contenido, forma de evaluación, tipo y nivel cerebral. A continuación, se exponen algunas de las creencias inadaptativas, errores lógicos y creencias nucleares que suelen compartir los pacientes con TOC.

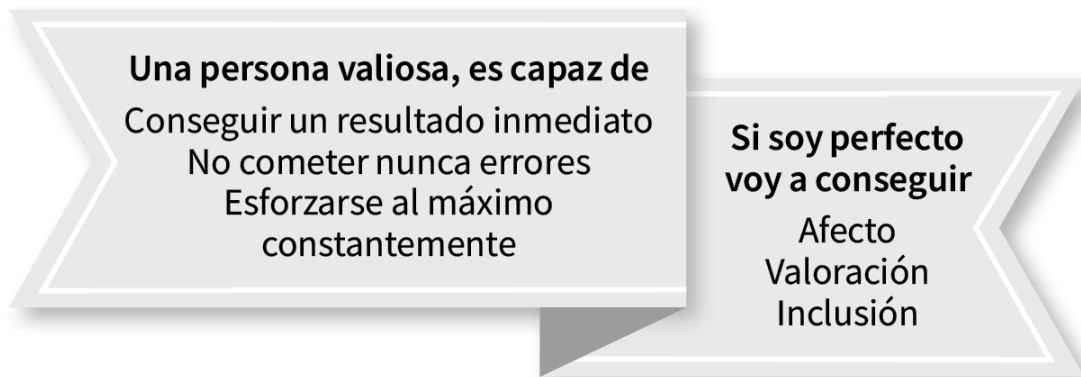
Metacogniciones

Son cogniciones de las personas sobre sus procesos cognitivos. Contribuyen al desarrollo y mantenimiento del TOC.

- a) Fusión pensamiento acción de tipo moral (“si siento que voy a hacer daño a alguien, lo haré”)
- b) Fusión pensamiento acción de tipo probabilidad (“si pienso algo, voy a hacer que suceda o que ya está sucediendo o que va a suceder”)
- c) Fusión pensamiento objeto (“si pienso, recuerdo o siento algo, se puede transmitir o comunicar a través de objetos”)

Creencias inadaptativas

- a) Responsabilidad exagerada (“soy responsable de causar o impedir consecuencias desastrosas”)
- b) Importancia y necesidad de control (“necesito tenerlo todo controlado”)
- c) Intolerancia a la incertidumbre o la ambigüedad (“debo sentir miedo o ansiedad ante lo incierto”)
- d) Creencias reflejas negativas, manantiales de perturbación que mantienen las emociones bloqueadas (“no soy capaz de soportar el sufrimiento”)
- e) Perfeccionismo obsesivo que agrupa distintos aspectos. Creencias alimentadoras, como por ejemplo “las personas valiosas consiguen lo que se proponen”, “hay una solución perfecta para cada problema”, “hacer las cosas perfectas es posible y necesario”. Consignas perfeccionistas, como “tengo que ser perfecto en una determinada tarea, rol o en el ámbito general de la persona”. Estas consignas perfeccionistas son el medio de satisfacer necesidades interpersonales, de protegerse de ser dañado o en último término constituyen una defensa frente al dolor, lo cual es una forma de obtener seguridad y autoestima.



Errores lógicos de pensamiento

- a) "Errar es igual a fracasar"
- b) "Si fallo, tendrá consecuencias graves"

Creencias defensivas.

- a) "Debo esconder el dolor"
- b) "La alerta me protege".
- c) "Tengo que evitar pensar, recordar..."

Creencias nucleares disfuncionales

"Soy débil", "No valgo", "Soy malo"

En la tabla 2 se puede ver un resumen del esquema constituyente del problema TOC, así como tipo de contenido, forma de evaluarlo y una asignación orientativa del nivel donde se puede encontrar almacenada la creencia o error, aunque no tiene que ajustarse a todos los casos por igual.

Tabla 2. Esquemas, creencias y errores lógicos en el TOC

FUNCIÓN	CONTENIDO	EVALUACIÓN	TIPO	*NIVEL
LAS QUE IMPELEN A LA EVITACIÓN/HUIDA DEL MIEDO/ANSIEDAD LAS QUE IMPIDEN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS	“No controlo el miedo/ansiedad”	Temores Wolpe Entrevista	Creencia inadaptativa alimentadora de defensa de evitación	Cortical Subcortical
	“Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”	Creencias Inadaptativas (Davis, McKay, Eshelman) Creencias Bloqueantes (Skipt)	Creencia inadaptativa	Cortical
	“La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”	Creencias Inadaptativas Creencias Bloqueantes	Creencia inadaptativa	Cortical
LAS CREENCIAS ALIMENTADORAS DEL PERFECCIONISMO	“Para ser una persona digna de consideración debo ser perfecto en lo que haga”	Inventario Creencias Obsesivas (ICO) Entrevista a partir de las obsesiones	Error lógico	Cortical
	“Para mi, tener un fallo por pequeño que sea, es lo mismo que fracasar”	Inventario Creencias Obsesivas Entrevista a partir de las obsesiones	Creencia inadaptativa	Cortical
	“Se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende”	Creencias Inadaptativas (Davis, McKay, Eshelman) Entrevista a partir de la obsesiones	Creencia inadaptativa	Cortical
CREENCIAS PERFECCIONISTAS	“Debo proteger a los demás de posibles males”	Inventario Creencias Obsesivas Entrevista a partir de las obsesiones	Creencia inadaptativa	Cortical Subcortical
	“Para mi, es inaceptable tener cualquier pequeño descuido si se puede afectar a los demás”	Inventario Creencias Obsesivas Entrevista a partir de las obsesiones	Creencia inadaptativa	Cortical Subcortical
	“Siempre debo trabajar con todas mis fuerzas, esforzándome al máximo”	Inventario Creencias Obsesivas Entrevista a partir de las obsesiones	Creencia inadaptativa	Cortical Subcortical
	“Debo esforzarme constantemente para evitar problemas graves (accidentes, enfermedades, etc.)”	Inventario Creencias Obsesivas Entrevista a partir de las obsesiones	Creencia inadaptativa	Cortical Subcortical
	“Debo ser el/la mejor en aquello que es importante para mi”	Inventario Creencias Obsesivas Entrevista a partir de las obsesiones	Creencia inadaptativa	Cortical Subcortical

B. Mecanismos de defensa

Mención especial requieren las acciones mentales denominadas mecanismos de defensa. Su objetivo es tanto impedir que afloren aspectos del mundo interno, como cortar o reducir los afectos indeseables si se produce el fracaso de mantenerlos bajo la consciencia, así como evitar las acciones somáticas que suelen detonarse en el procesamiento terapéutico. Las maniobras utilizadas para mantener la represión de los contenidos inconscientes pueden constituirse en un hábito defensivo que utiliza mecanismos de defensa operando en niveles subcorticales. Por ello, la capacidad de detectarlos se hace especialmente difícil y contribuye a la cronificación del problema.

En el *cluster* de tendencias de acción defensivas del TOC hay una serie de mecanismos de defensa comúnmente utilizados, los que se pueden consultar en la tabla más abajo. Se explican a continuación algunos de ellos.

- **El aislamiento** es un mecanismo de defensa enfocado a romper las conexiones de un pensamiento o un comportamiento con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto. Este es un proceso específico de defensa que se extiende desde la obsesión y compulsión hasta una actitud sistemática y concertada, consistente en una ruptura de las conexiones asociativas de un pensamiento o de un acto, en especial con los que le preceden y le siguen en el tiempo. Normalmente, en los pacientes con TOC la experiencia traumática no ha sido reprimida en el inconsciente, sino que más bien ha sido privada de su afecto y de ciertas percepciones asociadas. Son sus relaciones asociativas las que se han reprimido o roto, de modo que aquella persiste como si estuviera aislada y no es reproducida en el curso de la actividad de pensamiento. Defiende contra una idea, una impresión, aislándola del contexto por una pausa durante la cual nada se percibe.
- **La formación reactiva** explica cómo ciertos impulsos son reprimidos y sustituidos por una actitud consciente o hábito psicológico diametralmente opuesto y que se ha constituido como reacción. Puede ser algo localizado y manifestarse por un comportamiento particular, o generalizarse hasta constituir rasgos

de carácter más o menos integrados en el conjunto de personalidad. Pueden adquirir valor de síntoma por lo que representan de rígido, de forzado, de compulsivo, y por el hecho de que a veces conducen directamente a un resultado opuesto del que se busca conscientemente. En el TOC este mecanismo psíquico particular consiste en luchar directamente contra la representación penosa, sustituyéndola por un síntoma primario de defensa o contrasíntoma consistente en rasgos de personalidad (escrupulosidad, pudor, desconfianza de sí mismo), que se hallan en contradicción con el origen inconsciente. Es una defensa exitosa ya que los elementos que intervienen en el conflicto han sido globalmente excluidos de la conciencia en favor de virtudes morales llevadas al extremo. Los elementos del conflicto abarcan una representación de una emoción o pulsión y el reproche que ésta suscita. Los rasgos de carácter tienen la función de proteger de manera estable como si el peligro se hallara siempre presente.

- **La formación sustitutiva** es otro mecanismo de defensa común en los obsesivos, que consiste en un desplazamiento de forma que la representación asociada al afecto se asocia a otros contenidos nimios o indiferentes.
- **La hipervigilancia** que tiene el propósito de no captar nada sobre aspectos que son etiquetados como áreas de peligro.
- **La inatención selectiva** es la contrapartida del proceso de concentración, cuyo objetivo es evitar el objeto percibido. Para Sullivan (Howell, 2005), aunque sea similar a la represión, también es distinto porque no hay amnesia, lo no atendido puede ser recordado si se pone suficiente atención. Sin embargo, el resultado puede desembocar en disociación.
- **La despersonalización** que le desconecta de emociones o sensaciones corporales.
- **La racionalización** como medio de control emocional.
- **Introyección** como censura interna exigente y desvalorizadora, fijada en modelos educativos.
- **Represión** por medio de la cual intenta rechazar o mantener disociado en el inconsciente representaciones (pensamiento, imagen, recuerdo) ligadas a cargas traumatizantes.

Se puede ver un resumen de los mecanismos de defensa en el TOC en la tabla 3.

* **Columna 2** (Protege de distintos tipos de amenaza: AE: externa; AI: interna; AT: terapia)

* **Columna 3** (Tendencia de acción de tipo: TC: conductual; TM: mental; TS: somática)

C. Respuestas psicofisiológicas

Como consecuencia de la traumatización frente al fracaso defensivo, se activan respuestas psicofisiológicas debido a la hipervigilancia ante las áreas de peligro, tanto externas como internas, así como las reacciones que preparan el cuerpo para la defensa por medio de la lucha, huida y paralización.

Tabla 3. Mecanismos de defensa en el TOC

DEFENSA	Protege de amenaza AE: externa AI: interna AT: terapia			Tendencia de acción que utiliza TC: conductual TM: mental TS: somática			EFECTO
	AE	AI	AT	TC	TM	TS	
Complacer	X		X	X			Amable, servicial Evitación de conflictos Falta asertividad Arrebatos rabia, enfado Buen paciente
Idealizar a los padres	X		X		X		Incapacidad para ver ciertos aspectos negativos de los otros Infancia feliz, padres buenos Bloqueo en la terapia Deterioro relación terapéutica
Evitación	X	X	X	X	X		Sensibiliza al malestar o situación En terapia hablan mucho, llegan tarde
Racionalización		X	X		X		Hipertrofia de la función racional Interrumpir el procesamiento con largas explicaciones
Autocrítica	X	X	X		X		Desvalorización, machaque Bloqueo procesamiento
Pensamiento mágico		X	X		X		Creer que algo externo salvará Ensoñaciones irreales
Perfeccionismo	X	X	X	X	X		Exigencia hacia sí mismo y/o los demás Personas controladoras
Síntomas Sensaciones (desvía atención o corta consciencia)	X	X	X			X	Mareos, vértigos Sueño Dolor de cabeza Sensación de niebla Pitidos
Despersonalización		X	X		X		Desconecta de las emociones o sensaciones
Represión		X	X		X		Mantiene en el inconsciente deseos, aspectos de la personalidad rechazables, imágenes o recuerdos insoportablemente dolorosos
Disociación (como defensa)		X	X		X		Tendencia a separar partes de uno mismo que normalmente están integradas, como recuerdos, sensaciones, percepciones, emociones
Formación Reactiva		X		X	X		Reprimir impulsos indeseables y adoptar una actitud consciente diametralmente opuesta
Trance, ofuscación		X	X		X		Disminuir consciencia
Altruismo		X		X	X		Dedicación plena a ayudar al prójimo haciendo abstracción de uno mismo
Desplazamiento	X			X	X		Dirigimos hacia unas personas la cólera u otras emociones negativas que sentimos hacia otras
Aislamiento		X		X	X		Romper conexión de un pensamiento o un comportamiento con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto
Conductas excesivas		X		X			Exceso de trabajo
Anulación retroactiva		X		X	X		Esfuerzo en hacer como si pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido. Son totalmente anulados de la mente. Para conseguir este objetivo de "extracción" de la mente de un determinado suceso o idea utilizamos un pensamiento o un comportamiento dotados de una significación opuesta

Capítulo 5 / Fase III

Introducción

En esta fase III, la propiamente obsesiva, es donde aparecen las obsesiones y se va a producir una nueva traumatización, la Traumatización Obsesiva (TOB).

Un estímulo que alude o señala a “lo desconocido, incierto o potencialmente peligroso” asociado a contenidos del TN, activan la defensa obsesiva. La intencionalidad de base es no fallar en los objetivos del esquema defensivo que supuestamente protegen del sufrimiento. La tendencia de acción obsesiva, que irrumpe como una intrusión en la conciencia, es un síntoma secundario de defensa que se basa en las líneas defensivas del esquema previo defensivo y no tanto, un fragmento de un recuerdo.

El proceso obsesivo, constituido por una obsesión (pensamiento, imagen mental o impulso intrusivo), las emociones y sensaciones elicítadas y las respuestas mentales y conductuales (conductas de neutralización), debido a la elevada activación emocional, generan un nuevo efecto estructural que bloquea esta información en el sistema nervioso.

La información que contiene el disparador, la intrusión obsesiva y las respuestas fisiológicas, mentales y conductuales, queda almacenada disfuncionalmente, siendo el punto de partida de la “traumatización obsesiva”.

Esta traumatización tiene su origen en la primera experiencia donde aparece la intrusión obsesiva. Hay un disparador ansiógeno que activa la obsesión y unas respuestas de afrontamiento, tanto mentales como conductuales, que debido a la alta intensidad emocional que generan, de acuerdo con el modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (PAI) de la Dra. Shapiro, no se pueden integrar y la información queda almacenada disfuncionalmente. En principio es un circuito que queda bloqueado, al igual que ocurre en el trauma simple. En documentos TV, en el video cambia tu mente, se puede observar el bloqueo del circuito de la preocupación en los pacientes TOC.

Investigaciones que han utilizado técnicas de neuroimagen, muestran como en los pacientes TOC, el circuito de la preocupación (corteza orbitofrontal, cíngulo y núcleo caudado) está bloqueado. Por eso, mientras un obsesivo responde a la obsesión con las mismas estrategias mentales y compulsivas, que conforman el circuito bloqueado, no sólo hace imposible desbloquear la información, sino que la fortalece al reforzar los caminos neuronales implicados.

Una vez que aparece el problema obsesivo, se puede considerar como un evento traumático continuado. A partir del inicio de la primera obsesión, se extiende un período de eventos perturbadores subsecuentes cada vez que se activa una intrusión.

Hay que entender que el impacto de la exposición al trauma es acumulativo (Brewin, Andrews, Valentine, 2000) y además, al igual que los supervivientes de catástrofes naturales o provocadas por el hombre, donde no existe un periodo de seguridad post-trauma, se impide la consolidación de la memoria. Según Shapiro (citado por Jarero, Artigas, Luber, 2011), “la red de memoria permanece en un estado excitatorio permanente como memoria a corto plazo, expandiéndose con cada evento estresante subsecuente a la experiencia adversa original, creando una red de memoria acumulativa de exposición al trauma que se extiende hasta el momento presente” (Jarero *et al.*, 2013).

Aparte de la red de memoria acumulativa constituida por los procesos obsesivos sostenidos en el tiempo, constitutiva de la Fase III del modelo, hay otras experiencias clave que contribuyen a su aparición como son el evento precipitador y el evento alimentador de la fobia al contenido de la obsesión.

La Traumatización Obsesiva (TOB)

La TOB se origina a raíz de que se activa el proceso obsesivo compulsivo por primera vez y se extiende como un evento traumático continuado cada vez que se activan las obsesiones y compulsiones.

Pero antes de pasar a describir este tipo de traumatización, se van a exponer las condiciones previas a la aparición de la primera intrusión obsesiva.

Evento precipitador

Antes de la activación de la intrusión obsesiva como respuesta ante un estímulo disparador, se puede encontrar previamente un evento precipitador

Hay dos tipos de eventos precipitadores que pueden ocurrir antes de aparecer la primera obsesión. Son condición necesaria, aunque no suficiente, para activar la respuesta obsesiva.

Un tipo de evento está relacionado con el temor a que se active el estado afectivo vulnerable al sufrimiento frente a contenidos constituyentes del TN. Este es el caso de un paciente donde el evento precipitador fue una ruptura de pareja. Esta experiencia estresante estaba conectada con el recuerdo que generó la TFD resultando una amenaza de activación del estado vulnerable ante sufrimiento frente al TN.

El otro tipo de evento puede ser algún hecho asociado a un cambio en la vida, actividad o rol relacionado con el ámbito de acción de la consigna perfeccionista generada a raíz de la TFD, que es el medio de obtener la seguridad de no fallar en la protección frente al sufrimiento. Antes de aparecer una obsesión concreta, en muchos pacientes se observan con frecuencia determinados cambios en su vida que incluso pueden ser de índole positiva como un ascenso en el trabajo o un nuevo rol como ser madre.

El cambio, actividad o nuevo rol están asociados o constituyen el ámbito de acción de estas consignas que la parte obsesiva utiliza como protección frente a la amenaza de dolor asociada al fallo defensivo frente al TN. La defensa obsesiva se prepara y posteriormente se activa ante ciertos estímulos asociados a riesgo. Este es el caso de una madre donde se le activaron las obsesiones a los pocos días de serlo por primera vez y que se explicará detalladamente más adelante.

En resumen, una experiencia relacionada con el estado afectivo vulnerable al sufrimiento frente a contenidos del TN o cambios asociados al ámbito de acción de la consigna de seguridad que protege del fallo defensivo, son condiciones previas necesarias, aunque no suficientes, para activar la intrusión obsesiva.

Estímulo disparador

El disparador es el elemento específico que activa la obsesión. Tiene relación con distintos factores. En primer lugar, puede ser de tipo exteroceptivo como un lugar, situación, objeto, persona o de tipo interoceptivo como un recuerdo, emoción o percepción.

Otro factor a considerar en relación al disparador de la intrusión obsesiva es el tipo de temor con el que se relaciona frente a la constelación de temores implicados en la patología obsesiva. Puede ser por ejemplo un temor específico asociado a contenidos obsesivos o al temor a fracasar como persona o de forma más específica en una actividad o rol; o a contenidos interoceptivos relacionados con el TN o incluso con partes rechazadas o temidas.

Y, por último, hay que considerar si el disparador es un estímulo condicionado a cualquiera de los temores o los señala directamente.

Entender el disparador de las obsesiones requiere acudir al concepto de condicionamiento complejo. Entre los procesos de condicionamiento complejo que contribuyen a los procesos obsesivos, hay que señalar el condicionamiento de segundo orden, el contextual, el aversivo y el modal, que explican la complejidad de los disparadores que pueden activar las obsesiones.

Procesos de condicionamiento son responsables de que se extiendan los estímulos disparadores de la intrusión obsesiva, y que se generalicen a otros estímulos.

En el procedimiento de *condicionamiento pauloviano* se daba la presentación de un estímulo inicialmente neutro respecto de una respuesta, por ejemplo, el sonido de una campana, respecto de la reacción salival. Posteriormente se presentaba comida a la boca de un animal que sí provocaba una reacción de salivación; a la comida se le nominaba estímulo incondicionado (EI) y a la reacción salival se le denominó respuesta incondicionada (RI). Cuando posteriormente con base en el aparejamiento del sonido de la campana con la presentación de la comida se conseguía una reacción salival al sonido de la campana solo, se denominó estímulo condicionado (EC) a la campana y respuesta condicionada (RC) a la reacción salival ante el estímulo condicionado.

El condicionamiento clásico también puede producirse con relación a estímulos interoceptivos. Los estímulos interoceptivos son aquellos que se originan en el interior del cuerpo e incluyen no solo

sensaciones y movimientos subjetivos sino también las acciones mentales subjetivas y las vivencias que dichas acciones generan. En este condicionamiento de segundo orden, el estímulo condicionado se asocia con aspectos relacionados con las sensaciones sensoriales y percepciones.

Dentro de los procesos de *condicionamiento complejo*, está el condicionamiento contextual donde el estímulo condicionado se asocia con otros hechos relacionados como son los aspectos del contexto. Teniendo en consideración que el contexto es la agrupación de circunstancias específicas, como el lugar y el tiempo principalmente en qué se está produciendo un hecho (Wikipedia, 2011) y que el entorno del contexto puede ser material (algo que se presenció en el momento de ocurrir el hecho) o simbólico (por ejemplo el entorno cultural, histórico, el significado del mensaje), sus relaciones con otros hechos, el ambiente en el cual el hecho ocurrió, y cualquier percepción que pueda ser asociada, se puede entender la extensión y diversidad de los estímulos condicionados que resultan como consecuencia del condicionamiento contextual.

Como se señalaba anteriormente, los *estímulos condicionados* pueden tanto *indicar como aludir* a un estímulo incondicionado aversivo. Los primeros señalan que la experiencia traumática está a punto de volver a ocurrir (persona que recibió malos tratos y que cuando alguien levanta el brazo de forma inesperada se tapa la cabeza con los brazos) y los que aluden o recuerdan, como asociar un día lluvioso con maltrato físico.

El disparador que activa una obsesión puede ser un estímulo condicionado a ciertas amenazas que, a su vez, aluden o señalan, la amenaza de sufrir un dolor ante el que se siente vulnerable, implicando también el temor al fallo de la defensa que protege frente a la vulnerabilidad.

Debido a los procesos de condicionamiento anteriormente mencionados, muchos son los disparadores que se pueden generalizar a otros estímulos a través de procesos de condicionamiento simple, complejo o simbólico. Pero también puede ocurrir que el disparador señale la inminencia de que contenidos del TN o el propio dolor afloren a la conciencia.

El disparador de la intrusión obsesiva hace referencia a una estructura de temores que se pueden clasificar en las categorías de lo desconocido, lo incierto y lo potencialmente peligroso. Estos disparadores, posteriormente por procesos de condicionamiento, pueden extenderse a otros estímulos que activan obsesiones.

A continuación, se describe la estructura de temores involucrados en los problemas obsesivos.

- Miedo a los disparadores de la obsesión
- Miedo a la obsesión
- Fobia hacia aspectos interoceptivos como el mundo interno, percepciones, etc.
- Fobias afectivas al miedo y al sufrimiento
- Miedo a la catástrofe derivada del temor obsesivo
- Miedo a los contenidos mentales constitutivos del TN referentes a amenazas físicas, interpersonales
- Miedo a aspectos interoceptivos constitutivos del TN como emociones, sensaciones, creencias o partes que contienen el dolor
- Miedos relacionados con el “no control” de peligros potenciales asociados a la causa del TN
- Miedo al cambio
- Miedo a fallar en un rol o característica personal (ser perfecto como persona, madre, padre, trabajador, etc.) que es la defensa de seguridad para evitar el fallo defensivo”.
- Miedo a amenazas que tienen que ver con carencias o traumas en las necesidades básicas interpersonales.

Dentro de esta estructura de temores, existen diferencias en relación al nivel de conciencia. El problema obsesivo compulsivo es como un iceberg constituyendo el TOC la punta del mismo, la parte observable del mismo, mientras que algunas defensas y determinados aspectos de las vivencias traumáticas se encuentran en la parte sumergida, por debajo del nivel de conciencia.

Estas fobias implican una estructura que se muestra a través del ejemplo de una paciente embarazada que acude a consulta con obsesiones relacionadas con el temor a coger listeria o toxoplasmosis. En el momento que acude su alimentación estaba

reducida al consumo de cereales y tenía cantidad de conductas de neutralización como lavarse las manos o limpiar objetos.

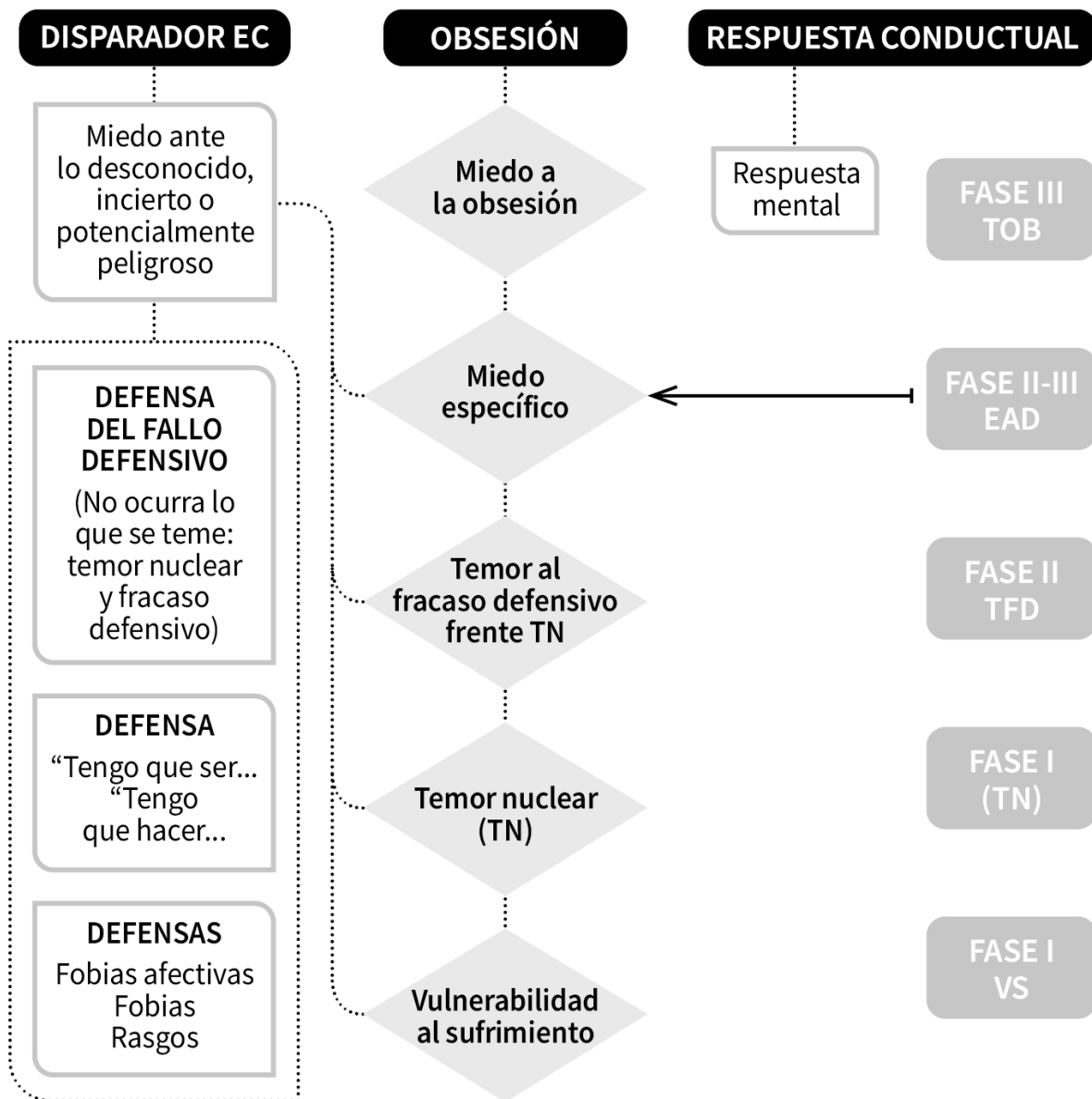
Dentro de la estructura de temores, en un nivel accesible a la conciencia se encuentran los miedos relacionados con los disparadores de la obsesión que en este caso es tocar o comer lácteos o carne; la fobia a los contenidos mentales que constituyen la obsesión que es pensar en el contagio por listeria o toxoplasmosis, la catástrofe subyacente de que la hija enferme gravemente y a fallar en sus expectativas de perfección como persona (defensa de seguridad alimentadora de la obsesión). Otros temores que no resultan tan accesibles son a ciertas amenazas interpersonales como ser criticada o excluida, al sufrimiento y a pensar “soy mala persona”.

Entre los miedos conscientes y los que se intentan mantener inconscientes, hay una relación, ya que los primeros aluden o señalan a los segundos. Las fobias involucradas en el proceso obsesivo compulsivo señalan o aluden a estas otras fobias. Las obsesiones y compulsiones tienen la finalidad de defender frente a los temores accesibles, al mismo tiempo que defienden de los menos accesibles a la conciencia, al tener la mente ocupada. Las obsesiones y compulsiones intentan prevenir y controlar peligros conscientes al mismo tiempo que consiguen la intencionalidad inconsciente de evitar la conciencia de los temores que subyacen, al desplazar la atención a los contenidos obsesivos. El disparador se pone en modo alerta ante el peligro asociado al estímulo, para activar de modo selectivo la línea defensiva más idónea que va a conformar el contenido de la obsesión.

En resumen, los disparadores de obsesiones son estímulos ansiógenos, extero o interoceptivos, condicionados o no, que aluden o señalan a alguno de los temores implicados en el problema obsesivo, como son los contenidos dolorosos traumáticos de la red del TN, el temor a fallar en la consigna perfeccionista defensiva y temores específicos conectados con los anteriores.

En la figura de más abajo, se muestra la conexión entre disparador, el temor con el que puede estar conectado, indicándose la fase del modelo dónde probablemente se generó cada temor.

Figura 11. Conexión de los disparadores de la obsesión con temores



Se van a explicar estos conceptos mediante el ejemplo de una paciente con rituales de limpieza de cualquier cosa que proviene de la calle. El estímulo disparador de la obsesión es la percepción de suciedad que tiene de los objetos que entran de la calle como la compra, las carteras de los hijos, móviles y en especial el calzado. La percepción de suciedad es un estímulo interoceptivo, condicionado al temor de contagio de una enfermedad por gérmenes o bacterias, que está a su vez asociado con el temor a la

muerte. El abandono que supone la muerte es la amenaza exteroceptiva que constituye parte de los contenidos del TN en su caso.

Esta paciente era especialmente vulnerable al sufrimiento generado por el abandono, debido a que cuándo su madre se peleaba con su padre, hecho reiterado y frecuente a lo largo de su infancia y desarrollo, se ponía de tal manera, que ella pensaba que se estaba muriendo y le generaba mucho dolor al percibirlo como un abandono. Aprendió a responsabilizarse de proteger la vida de su madre, evitando las peleas.

Siguiendo con el modelo, la *traumatización al fracaso defensivo* se produjo un día en que sus padres tuvieron una pelea especialmente dura que vivenció internamente como la muerte de su madre. El sufrimiento derivado de la percepción de que su madre moría y la abandonaba, la desesperación y el miedo, y creencias como que era débil frente al dolor, y un fracaso como persona al no conseguir su objetivo de proteger la vida de su madre, generó la TFD.

En este caso el núcleo del TN contiene información almacenada disfuncionalmente con los aspectos interoceptivos asociados al dolor. Afectos como el miedo, la inseguridad, la desesperación, contenidos mentales de abandono y las creencias “soy débil”, “soy un fracaso”, conforman esta información.

Para protegerse de ese dolor, por un lado, intentó buscar la tranquilidad interna mediante *seguir la rutina* (línea de defensa) y por otro asumir *la responsabilidad de tener que hacer algo para conseguir evitar la amenaza de muerte* (consigna perfeccionista de seguridad que protege del fracaso defensivo). También se *disoció de la parte débil*.

La muerte de su abuela por negligencia médica, unos meses antes de nacer su primera hija, fue el *evento precipitador* que activó la necesidad defensiva de hacer algo para conseguir evitar peligros que pudieran hacerla pensar en la muerte de su hija.

Por otra parte, este evento coincidió en el tiempo con el ingreso de su suegra en el hospital por una hepatitis, que activó el temor al contagio por gérmenes como *evento alimentador del disparador*.

Percibir la suciedad, al ver las ruedas del cochecito en la entrada de la casa, es el disparador, estímulo específico asociado a diversos

temores. En primer lugar, asocia la suciedad a gérmenes, virus y al miedo a una enfermedad contagiosa que lleve a la muerte. El evento alimentador del miedo específico, el contagio por virus o bacterias proviene de la experiencia de un amigo de su suegra que fue a visitarla al hospital cuando estaba ingresada por hepatitis y luego murió. Este evento genera una asociación entre el contagio de hepatitis y el peligro de enfermar y morir, que se extendió a otros estímulos como el miedo a la suciedad, a los hospitales, a su suegra, al contacto con otras personas, etc...

Todos estos miedos asociados al TN: la parte vulnerable y débil, con sus emociones dolorosas.

La morfología reactiva de la obsesión frente al tipo de disparador

Todos los contenidos que se muestran en los siguientes párrafos, vienen resumidos en el Anexo, en la tabla 4: factores involucrados en el proceso obsesivo-compulsivo.

La defensa obsesiva está fijada en la evitación del material traumático, intentando ayudar a mantener disociados de la conciencia los contenidos dolorosos traumáticos, con el fin de no darse cuenta, no pensar, por la amenaza de dolor que supone. En algunos casos se extiende como fobia disociativa hacia la parte que contiene el dolor.

Esta defensa que conforma las obsesiones utiliza un entramado de tendencias de acción derivadas de la defensa física, social e interoceptiva, que adquieren una determinada morfología reactiva según las características del disparador.

El proceso es el siguiente:

1. Ante el estímulo ansiógeno (disparador) que alude o señala a la constelación de temores en torno a la información traumática dolorosa, se activa la necesidad de proteger de la amenaza que supone el fallo defensivo, dando lugar a la respuesta fisiológica, derivada de la defensa física, de activación del sistema nervioso autónomo.
2. La parte a cargo de la obsesión se manifiesta como una intrusión que desplaza la conciencia fuera de los contenidos traumáticos dolorosos por medio de mecanismos de defensa.

Esta forma de la defensa consiste en desplazar el contenido de la amenaza interna hacia otros contenidos por medio de mecanismos de defensa y procesos lógicos, que son los vehículos para transformar un contenido emocional inconsciente en el contenido intrusivo consciente. Un ejemplo es desplazarlo hacia un contenido asociado a una amenaza externa para después protegerse frente a ella evitando las circunstancias potencialmente peligrosas mediante predicción y/o control.

La teoría de la neodisociación de Hilgard (1977) sostiene que las personas desplazan material psíquico a otras formas en lugar de luchar con dificultad para suprimirlo. Propone que la mente opera de una forma modular y cada módulo de contenido mental tiene la capacidad de la consciencia, de forma que la estructura modular, concepto apoyado por la teoría moderna de las redes neurales paralelas, lleva a las personas a cambiar a otros módulos en vez de luchar para reprimirlos.

Por medio de la formación sustitutiva se desplaza el contenido interoceptivo, objeto de la amenaza interna, a otros módulos relacionados. El contenido del módulo mental disociado es intolerable para el paciente en la conciencia consciente por lo que se desplaza hacia otros contenidos exteroceptivos que lo encubren mediante la obsesión y al mismo tiempo lo defienden a través de evitar las circunstancias por medio de la predicción (contenido mental obsesivo) y el control (impulsos para la acción) donde se utilizan diversas tendencias de acción mentales y conductuales. Los contenidos obsesivos son el resultado del desplazamiento de la amenaza interna hacia una potencial amenaza física o social que se vive como si se tratara de un peligro real.

La carga emocional dolorosa se mantiene reprimida y se manifiesta a nivel somático o a través de otras emociones. Estas conductas sustitutivas basadas en repudiar el afecto, el desplazamiento y el aislamiento, protegen de las fobias dirigidas hacia el interior.

3. El resultado de estos procesos es la obsesión que aparece como una intrusión que es un estímulo ansiógeno e incontrolable

desde el consciente, retraumatizando frente al miedo a ciertos aspectos interoceptivos, como son las acciones mentales.

En resumen, la parte emocional constituida por un cluster de tendencias de acción que se activan frente a estímulos referentes al “TN” y a los miedos en torno a fallar en la protección defensiva, se manifiestan a través de distintas líneas defensivas.

Se procede a explicar la relación entre la naturaleza del disparador, la función específica de la obsesión y las tendencias de acción manifiestas.

El disparador puede ser un estímulo condicionado, extero o interoceptivo, a una estructura de temores que se pueden clasificar en torno a lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso. Pero también el disparador puede señalar o contener el TN o ser la consecuencia de la activación de un estado emocional o parte, disociado, que contiene el dolor. A continuación, se muestra cómo se adapta la obsesión a las características diferenciales del disparador.

Lo desconocido

Con respecto a lo desconocido, el disparador puede ser: a) un estímulo exteroceptivo condicionado a lo desconocido; b) un estímulo interoceptivo condicionado a lo desconocido; c) un estímulo que señala o contiene el TN; d) activación de un estado emocional o parte, disociado, que contiene el dolor

Se va a incidir en cada una de estas casuísticas.

a) No tener ocupación o tener tiempo libre suelen ser disparadores frecuentes de obsesiones, ya que son estímulos condicionados de tipo exteroceptivo que aluden a lo desconocido, ya que suponen la amenaza de entrar en contacto con el mundo interno, sede del peligro. La función de la tendencia de acción obsesiva es evitar la ocasión de conectar con los contenidos traumáticos dolorosos por medio de ocupar la mente con otros contenidos mentales que desvían la atención de ese foco y/ o impulsan a la acción en el mundo externo.

b) Cuando en terapia le pedimos al paciente que preste atención a su mundo interno, como pueden ser emociones o partes que lo componen y empiezan a aparecer obsesiones, el disparador es un estímulo interoceptivo que señala lo desconocido. La obsesión

desvía la atención hacia otros contenidos, evitando la conciencia en torno a las áreas de peligro. En muchas ocasiones los pacientes indican que el disparador de una obsesión que tuvieron fue el darse cuenta de lo bien que estaban. El disparador en estos casos es un estímulo interoceptivo que alude, al contrario, el sufrimiento.

En resumen, si el disparador es un estímulo condicionado que alude/señala al área de peligro de lo desconocido, en primer lugar se activa la hipervigilancia que se manifiesta a través de miedo o ansiedad como tendencia de acción psicofisiológica y la línea defensiva que conforma la obsesión se dirige a disociar la conciencia del área dolorosa (contenido del TN, afecto doloroso, y otros contenidos interoceptivos) y utiliza mecanismos de defensa que desplazan la amenaza interna hacia una amenaza externa asociada o hacia percepciones sensoriales y tendencias de acción conductuales que intentan mantener ocupada la mente por medio de la acción y la intrusión se manifiesta por medio de un pensamiento, percepción y/o impulso.

c) Si el disparador señala o contiene el TN, es inminente la amenaza de dolor asociada a tomar conciencia de la creencia nuclear negativa o la propia percepción del sufrimiento. La función de la tendencia de acción obsesiva es evitar la percepción del dolor manteniéndolo disociado de la conciencia. Aísla el contenido interno de la carga dolorosa, manteniendo el dolor reprimido, que se manifiesta a través de otros afectos o por vía somática. Desplaza el contenido a otros elementos relacionados como por ejemplo traer a una imagen representativa o simbólica de la creencia nuclear, la causa del dolor o incluso el propio dolor.

Esta modalidad defensiva de la obsesión apareció en la paciente que limpiaba todo lo que venía de la calle. Cuando era niña se quedó unos días con sus abuelos, porque sus padres se fueron de viaje. En el telediario dijeron que había habido unas inundaciones con muchos muertos, precisamente en la zona donde estaban sus padres. Estuvieron varias horas sin saber nada de ellos y durante ese tiempo la paciente tenía imágenes intrusivas de sus padres muertos. A través del trabajo con la parte

a cargo de la obsesión, al preguntarle sobre la intencionalidad positiva de la misma, contestó que prepararla para el dolor.

d) Si el disparador es consecuencia de la activación de un estado emocional o parte disociada que contiene el dolor, la respuesta psicofisiológica, en vez de alerta es de paralización, como consecuencia de la activación de la rama dorsal vagal del parasimpático del sistema nervioso autónomo. Lo que genera bloqueo mental y en determinados casos se puede llegar incluso al trance con el propósito defensivo de desconectar la conciencia de la parte disociada. Tendencias de acción mentales desplazan la conciencia hacia otros módulos relacionados. Por medio de la obsesión, pensamiento o imagen, se desplaza la conciencia de la parte disociada a otros contenidos relacionados, mientras que el bloqueo o el trance interrumpen la conexión.

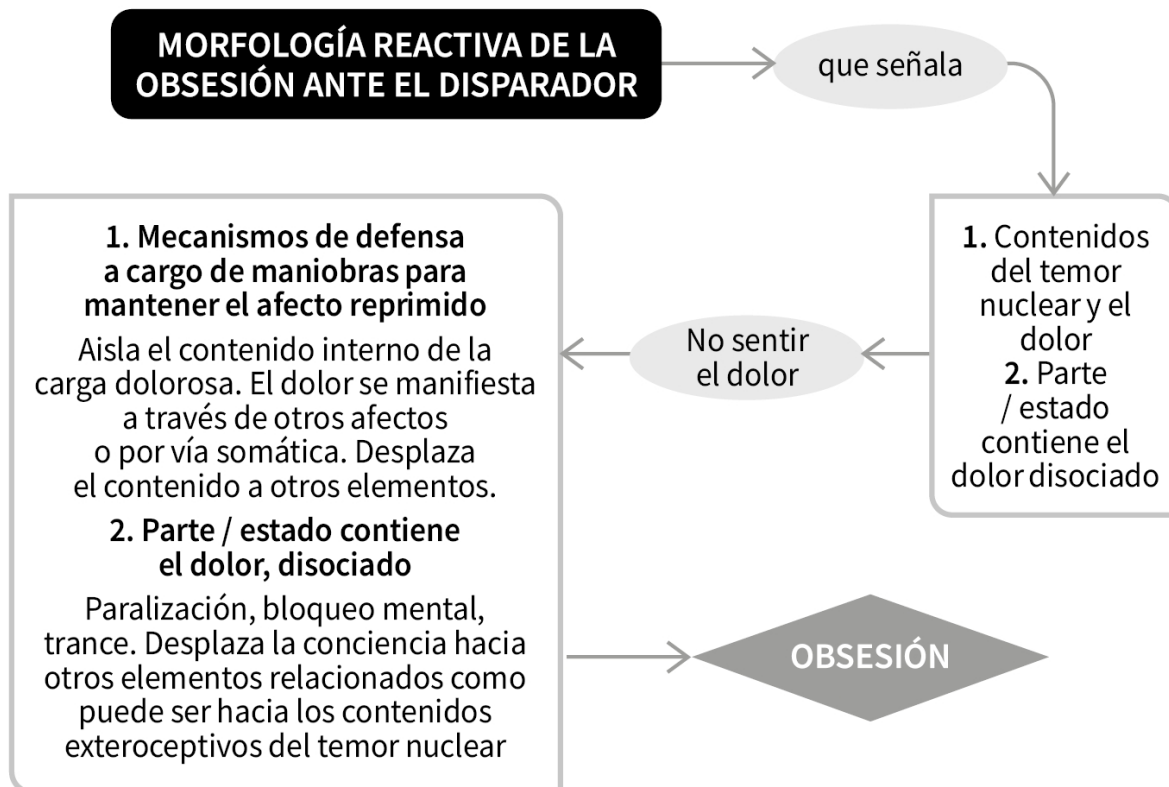
El extremo en disociaciones más graves sería la producción de obsesiones con el fin de la desactivación total de una parte disociativa. Este es el caso de una paciente, con trastorno de identidad disociativo (TID), donde cualquier intento de abordar el motivo principal de consulta, señala a una parte disociativa, activando las obsesiones con el fin de mantener la parte disociada.

Esta paciente empieza a tener obsesiones después de unos meses de empezar por primera vez en su vida una relación de pareja. Nunca había besado ni tenido ningún tipo de contacto físico con un hombre. Después de 8 meses, se plantean un futuro como pareja y entonces aparecen dudas obsesivas relativas a si no quiere a su pareja, o no le gusta o incluso si es ella homosexual. Debido al sufrimiento que esas obsesiones le generan, la paciente cae en una seria depresión. Utilizando medicación y estrategias cognitivo-conductuales, consigue superar el estado anímico y extinguir el proceso obsesivo, pero no recupera la libido y se genera una fobia a la relación sexual.

La relación de pareja se transforma en asexuada. En estas condiciones deciden casarse. Pasan 6 años y la relación sigue sin consumarse. Entonces decide volver a terapia para abordar el problema sexual. En el momento que se intenta abordar el problema vuelven a surgir las obsesiones de nuevo, de forma que

desaparece la motivación para abordar el motivo de consulta, por el sufrimiento que las obsesiones le producen. Las obsesiones consiguen mantener dissociada su parte sexual y bloquean cualquier intento terapéutico enfocado a solucionar el problema sexual.

Figura 12. Morfología reactiva ante el disparador que señala c y d



Lo incierto

También el disparador puede ser es un estímulo exteroceptivo condicionado a un temor específico que conecta con el miedo al fracaso en la consigna perfeccionista.

Este es el caso de un temor específico que es un estímulo condicionado a fallar en proteger del fracaso defensivo. Este tipo de disparador puede explicarse por medio del caso de la paciente, planteado anteriormente, que cuando estaba embarazada, empieza a tener obsesiones referentes a coger la listeria y compulsiones de no comer ni tocar lácteos y carne. El origen fue ver un vídeo dónde una embarazada comía queso y le nacía un hijo retrasado al coger la listeria. La listeria es un temor condicionado a hacer algo que dañe a alguien. Lo cual para ella implica el fracaso como persona

definiéndola como “una mala persona”. El creer que es “mala persona” junto con la conciencia de no ser querida ni aceptada por esa causa, son componentes del TN, que le genera un sufrimiento ante el que se siente vulnerable.

La función de la tendencia de acción obsesiva puede enfocarse de forma preventiva a evitar el fracaso defensivo por medio de ocupar la mente con contenidos mentales que advierten del peligro e impulsan a conseguir evitarlo o a generar dudas que desembocan en paralización. Aunque también la obsesión puede centrarse en generar dudas sobre fallos pasados.

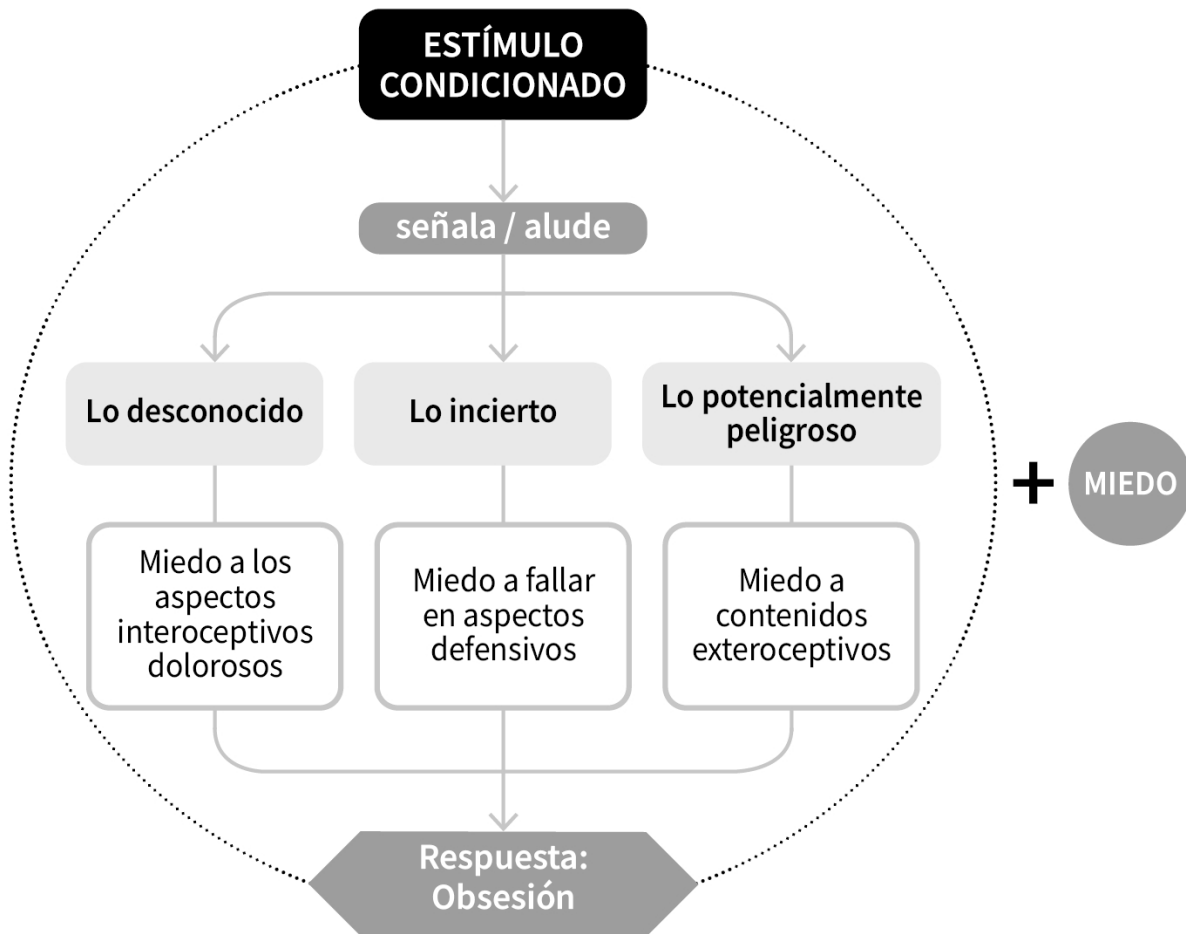
Si el disparador tiene que ver con lo incierto, en primer lugar, se activa la hipervigilancia que se manifiesta a través de miedo o ansiedad como tendencia de acción psicofisiológica y la línea defensiva que conforma la obsesión se dirige hacia la protección, que se basa en: a) anticipar y/o controlar el fallo, b) prever las consecuencias del fallo, c) generar dudas recurrentes que bloquean la acción.

Lo potencialmente peligroso

En este caso el disparador es un estímulo exteroceptivo condicionado al temor específico contenido en la obsesión. La función de la tendencia de acción obsesiva es evitar que se de la ocasión del temor específico, es decir, “controlar” aspectos a los que se considera causales del contenido de la obsesión. La intrusión obsesiva anticipa el peligro potencial e impulsa a la acción correspondiente.

Si el disparador es un estímulo exteroceptivo que alude o señala el área de peligro de lo potencialmente peligroso, en primer lugar, se activa la hipervigilancia que se manifiesta a través de miedo o ansiedad como tendencia de acción psicofisiológica y la línea defensiva que conforma la obsesión se dirige hacia la predicción y/o control, evitación o intentar seguir la rutina.

Figura 13. Resumen de los disparadores de las obsesiones



Por medio de tendencias de acción mentales e impulsivas que se manifiestan en el contenido obsesivo y/o compulsivo, se busca como intencionalidad inconsciente los siguientes objetivos defensivos: a) la predicción del peligro potencial porque anticipándose le permite evitar o controlar lo que teme (dolor asociado al contenido del TN), b) impulsar conductas de control frente al peligro potencial al evitar la ocasión del mismo, c) evitación de las situaciones ansiógenas asociadas a los peligros concretos, d) hacer algo para evitar cambios asociados al dolor.

En la tablas 4A Y 4B se muestra la conexión entre el ámbito del disparador de la obsesión (lo desconocido: información interoceptiva que contiene el TN; lo incierto y lo potencialmente peligroso), la naturaleza del estímulo (estímulo condicionado exteroceptivo que alude o señala al TN; estímulo interoceptivo que alude al TN; la

creencia nuclear constitutiva del TN; otros aspectos constitutivos del TN como la conciencia del contenido de la amenaza que causa el dolor o el propio dolor) y las características de la obsesión que se activa en cada caso, en orden al tipo de tendencia de acción que implica, tipología de la obsesión y de la conducta de neutralización y la función defensiva.

Tabla 4A. Disparador de la obsesión: lo desconocido

ASPECTOS QUE ALUDEN O SEÑALAN AL TEMOR NUCLEAR FRENTE AL DOLOR						
ASPECTOS TEMIDOS	DISPARADOR	TENDENCIA ACCIÓN OBSESIVA	FORMA	CONDUCTA NEUTRALIZAC.	FORMA	FUNCIÓN
LO DESCONOCIDO	EC: Exteroceptivo (AF/S/I) alude o señala al TN	Amenaza condicionada que alude o señala al temor nuclear (ej. mundo interno)	Pensamiento Imagen	Mental	Lucha para no pensar Racionalización Ritual cognitivo	Evitar la ocasión de que suceda o de tener conciencia del temor nuclear
		Impulsa a la acción	Impulso	Conducta	Compulsión Otras	
	E: Interoceptivo alude al TN	Desvía a otros contenidos	Pensamiento Imagen	Mental	Evitación Racionalización Comprobación mental	Evitar la conciencia del estado o parte
		Impulsa a la evitación	Impulso	Conducta	Evitación Comprobación Compulsión	
LO DESCONOCIDO	TN: Creencia nuclear falta de autoestima	Trae el contenido doloroso (fracaso) a la conciencia	Imagen representativa de la creencia nuclear	Mental	Bloqueo mental	Evita la percepción del dolor
		Respuesta psicofisiológica		Estado psicofisiológico	Paralización	
	TN: Conciencia del contenido de la amenaza que causa el dolor o el propio dolor	Trae el contenido doloroso (amenaza física/social) a la conciencia	Imagen representa la causa del dolor		Bloqueo mental	Evita la percepción del dolor
		Respuesta psicofisiológica		Estado psicofisiológico	Paralización	

Referente a la tabla 4A: Cuando el disparador de la obsesión es un estímulo que señala los contenidos del TN (filas 3ª y 4ª), la obsesión es el resultado de aislar los contenidos de sufrimiento de la carga de dolor y después desplazar los contenidos a otros elementos que expresan ese significado, y que se manifiesta por medio de un pensamiento, imagen o conducta, mientras el dolor reprimido se manifiesta por medio de otros afectos o por vía somática. Por medio de estas maniobras, la obsesión consigue evitar la percepción del dolor generado por los contenidos del TN.

Tabla 4B. Disparadores de la obsesión: lo incierto y lo potencialmente peligroso

FOBIAS Y PELIGROS QUE ALUDEN O SEÑALAN AL TEMOR ESPECÍFICO CONTENIDO EN LA OBSESIÓN						
TEMOR FOBIA	DISPARADOR	TENDENCIA ACCIÓN OBSESIVA	FORMA	CONDUCTA NEUTRALIZAC.	FORMA	FUNCIÓN
PELIGRO POTENCIAL	EC: Exteroceptivo (AF/S/I) alude al TE	Amenaza condicionada que alude al temor específico contenido en la obsesión	Anticipa el peligro potencial	Pensamiento Imagen	Lucha para no pensar Racionalización Ritual cognitivo	Evitar la ocasión de que ocurra el temor específico
			Impulsa a la acción	Impulso	Evitación Compulsión Otras	
LO INCIERTO	EC: Exteroceptivo (AF/S/I) señala al TE	Amenaza que señala al temor específico contenido en la obsesión	Advierte del peligro	Pensamiento Imagen	Lucha para no pensar Racionalización Ritual cognitivo	Evitar que ocurra el temor específico
			Impulsa a la acción	Impulso	Evitación Compulsión Otras	
	EC: Exteroceptivo (AF/S) alude TF	Amenaza que alude al temor a fracasar (consigna defensiva)	Advierte del peligro	Pensamiento Imagen	Lucha para no pensar Racionalización Ritual cognitivo	Evitar el fracasar
				Impulso	Evitación Compulsión Otras	
			Genera dudas	Mental	Lucha para no pensar Racionalización	
			Ocupa con contenidos mentales que desvían (órdenes)	Pensamiento Imagen	Lucha para no pensar Racionalización Ritual cognitivo	Evitar la conciencia del contenido mental doloroso de falta de autoestima

En el ejemplo dado a continuación de un paciente obsesivo, se ve la relación entre distintos disparadores y la forma, contenido y función de la obsesión.

Como antecedentes hay que destacar que la madre del paciente, ante la amenaza de aborto, se pasó el embarazo temiendo morir. El tipo de apego del paciente con la madre fue evitativo.

Este paciente con año y medio, debido a que estaba muy enfermo, tuvo que separarse de sus padres durante más de un año, e irse a vivir con sus abuelos a un lugar donde le podían dar la atención médica que necesitaba. Esta experiencia de separación de sus padres le produjo sentimientos de miedo, tristeza y soledad. A partir de ahí se generó el miedo a la separación y a los sentimientos de soledad y tristeza (TN). Distintos miedos constituyen los contenidos del TN como son la separación, la soledad y tristeza.

Con 5 años, le envían a pasar un verano con sus abuelos fuera de Madrid.

Precisamente cuándo estaba con sus abuelos deciden hacer un viaje a una isla cercana en un barco y sufren un temporal dónde cree que van a naufragar y lo vive como una experiencia de muerte. Esta experiencia da origen a la traumatización al fracaso defensivo. A partir de ahí, una forma de sentirse seguro era que nada cambiara porque los cambios generan la incertidumbre de que algo salga mal y el riesgo de morir como separación definitiva.

Hay que indicar que este paciente tenía un trastorno disociativo, con una parte vulnerable, muy disociada. El primer disparador de obsesiones es cuándo vuelve a casa con sus padres y está en la cama sintiéndose solo. Entonces surge la primera obsesión con pensamientos del tipo ¿y si les ha pasado algo a mis padres? junto al impulso a levantarse a comprobar que estaban vivos. El disparador, en este caso, es un estímulo interoceptivo (soledad) que señala a la parte vulnerable disociada. La obsesión se activa ante la amenaza de dolor asociada a la parte indefensa y vulnerable. La función de la tendencia de acción obsesiva es evitar esa percepción dolorosa, desplazando el contenido a otros contenidos relacionados con la causa atribuida a ese dolor, como pensar que a sus padres les puede pasar algo e impulsando conductas de comprobación.

Posteriormente las siguientes obsesiones surgen a raíz de otro tipo de disparadores muy diferentes asociados a cambios importantes en su vida. Empezar los estudios, trabajar, casarse o tener hijos son disparadores relacionados con el campo de lo incierto.

Cuando empieza terapia, los disparadores tenían relación con lo potencialmente peligroso como era ver o escuchar noticias relacionadas con el cáncer o accidentes graves. Le aparecían pensamientos o imágenes relacionadas con esos temas y los rituales eran fundamentalmente de tipo cognitivo.

Este paciente iba mejorando significativamente después de unos meses de terapia, pero a partir de un momento, los ejercicios terapéuticos se convirtieron en el disparador de impulsos que le llevaban a ritualizarlos, boicoteando cualquier avance.

La obsesión era el impulso a repetir el ejercicio. Investigando la función que subyacía al impulso obsesivo, se puso de manifiesto la defensa “si ritualizo los ejercicios, boicoteo la terapia y así evito el cambio”. Al preguntarle qué es lo que teme del cambio, contestó “el que las cosas salgan mal”. En esta situación, el disparador era un estímulo conectado con el temor al cambio.

En este caso la ritualización de la terapia es la forma como la defensa obsesiva evita el cambio por medio de impedir avanzar en la terapia para protegerse frente al temor de que salga mal algo. Aquí se pone de manifiesto la forma paradójica obsesiva que produce aquello que quiere evitar, ya que pretende proteger del miedo a que salgan mal las cosas por medio de hacer mal algo, que en este caso es la terapia. La obsesión, impulso a repetir el ejercicio de la terapia, sirve al objetivo defensivo “tengo que evitar cambios para sentirme seguro”, que en este caso concreto se enfoca hacia que no ocurra cambio en la terapia.

El proceso obsesivo-compulsivo como origen de la Traumatización Obsesiva (TOB)

El Trastorno Obsesivo se define por la irrupción en la conciencia de ideas, imágenes e impulsos egodistónicos, recurrentes y persistentes, que generan una gran resistencia y escapan al control voluntario, causando una ansiedad y malestar significativos. La obsesión irrumpe en la conciencia, se apodera de la atención e impulsa a la realización de determinadas respuestas mentales y/o

cognitivas, que resultan la trampa de la que resulta difícil salir. Los aspectos implicados como la intrusión y el disparador, emociones, sensaciones, creencias y conductas de neutralización constituyen el proceso obsesivo compulsivo.

Las obsesiones son síntomas transformados de información sin procesar asociada a memorias almacenadas en partes sin integrar. La información interoceptiva traumática (los significados de la experiencia que originó la traumatización) son discrepantes con las estructuras mentales existentes, debido a los afectos negativos dolorosos que evocan, de forma que secuestran el procesamiento por el afecto patológico no integrado, según el modelo del procesamiento cognitivo de la experiencia discrepante (Horowitz, 1986), (Somer, 2002), (Reynolds, Brewin, 1999).

Un alto porcentaje de personas tienen intrusiones sin que les suponga un sufrimiento importante. Sin embargo, según Salkovskis (1985) la intrusión se convierte en un problema debido a que implica responsabilidad y está relacionada con la escala de valores y el sistema de creencias del individuo, de forma que las emociones y cogniciones son corresponsables del sufrimiento padecido.

El modelo de Salkovskis sostiene que la causa de que un pensamiento normal se convierta en un pensamiento obsesivo tiene que ver con la interpretación que hace el paciente del pensamiento como un signo de daño para él mismo o para los demás y la implicación de responsabilidad personal en ese grave riesgo. Lo cual nos remite a la fase I del Modelo Estructural Funcional del Trastorno Obsesivo, donde se genera un esquema defensivo que incluye estas creencias inadaptativas.

Según Boticario (2015), variables emocionales como la culpa aparecen asociadas a pacientes tanto con tendencias obsesivas como a los diagnosticados de TOC, y que son descriptores que explican el desarrollo y mantenimiento de las creencias que subyacen a las obsesiones.

Información bloqueada

El circuito con la información que contiene el disparador, la obsesión, emociones y sensaciones físicas junto a las respuestas mentales y conductuales, constituyen información almacenada

disfuncionalmente y bloqueada en ciertas áreas cerebrales denominadas el “circuito de la preocupación”.

Cuando se explicó el tema de las redes de memoria (Leeds), se incluyeron en las mismas las respuestas mentales y conductuales, de forma que también quedan como información bloqueada y almacenada disfuncionalmente.

Figura 14. La fobia a las acciones mentales

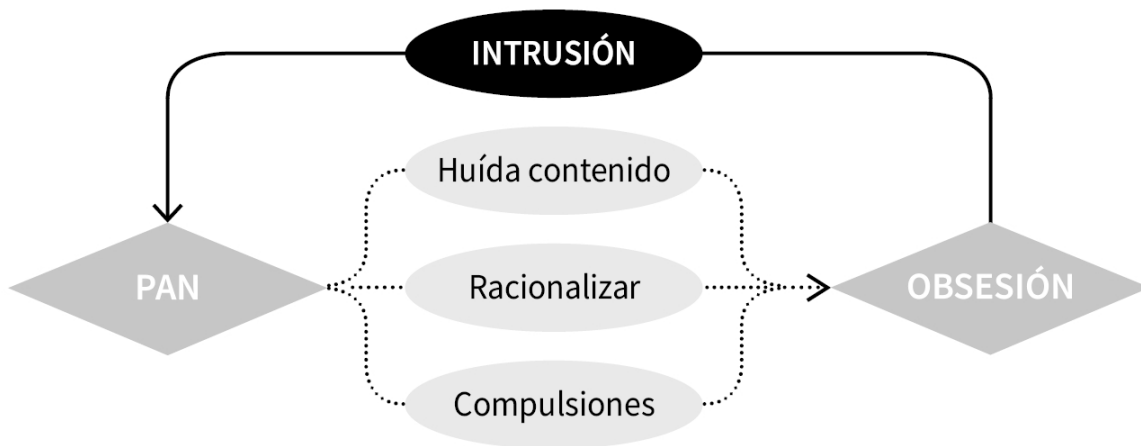
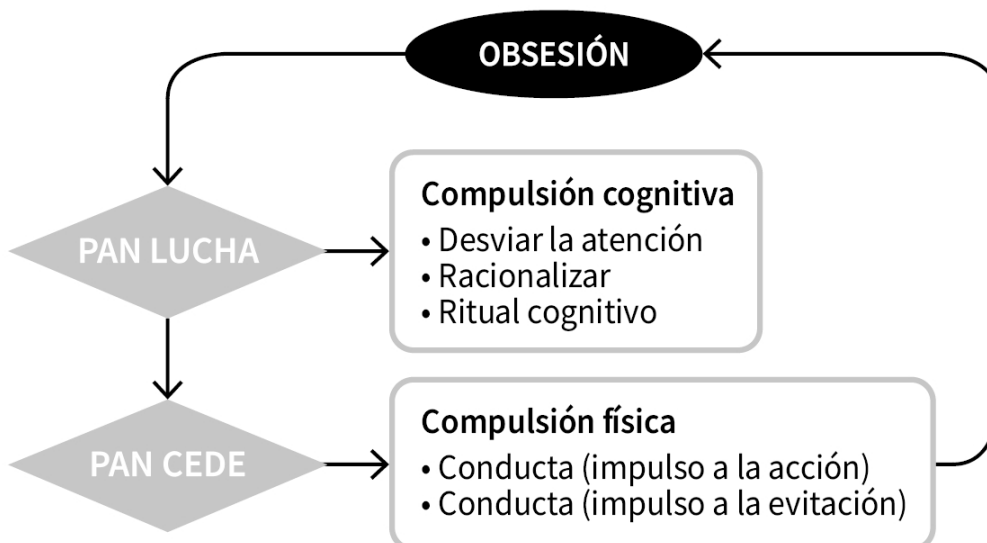


Figura 15. Respuestas de afrontamiento de la obsesión



Una vez activada la obsesión, el paciente se defiende de la intrusión por medio de estrategias de huida y lucha inadaptativas. Son defensas ante las fobias afectivas y las acciones mentales, por

medio de la evitación del pensamiento o imagen obsesiva, el uso de la racionalización o de los rituales cognitivos. En determinados casos se llevan a cabo las conductas de neutralización que refuerzan el valor de realidad dado al pensamiento e impiden desconfirmar los temores a través de la propia experiencia.

Estas respuestas de afrontamiento por parte del paciente ante la intrusión obsesiva se componen de tendencias de acción evitativas (conductas fóbicas, estrategias de huida frente a la ansiedad) y acciones sustitutivas (racionalización, rituales cognitivos, etc.), constituyendo información bloqueada dentro del circuito de la preocupación.

Se ha comprobado científicamente cómo el circuito de la preocupación está bloqueado en los pacientes obsesivos. El núcleo caudado, el cíngulo anterior y la corteza orbitofrontal están implicados en el bloqueo obsesivo.

Científicos de todo el mundo creen que, en personas con TOC, el núcleo caudado puede estar funcionando mal. El núcleo caudado es un centro procesador o una estación de filtrado para los mensajes muy complicados generados por la parte frontal del cerebro, que es probablemente la parte usada en el pensamiento, la planificación (realizar planes a corto o largo plazo) y el entendimiento. Junto con el putamen funciona como un cambio de marchas automático en un coche. La función en unísono asegura la suave o fluida transición de un comportamiento a otro.

En el TOC, el problema parece ser que la fluidez, eficiencia del filtrado y el cambio de pensamientos y comportamientos están interrumpidos en el núcleo caudado. Como resultado de esta disfunción, la parte frontal del cerebro tiene una actividad por encima de lo normal y emplea demasiada energía. Es como tener el coche encallado en una zanja. En un enfermo de TOC demasiada energía está siendo usada en la parte central del cerebro, en la corteza orbital. Es como si la corteza orbital, que tiene un error en el circuito de detección, atascara el cambio de marchas automático del vehículo. Esto es probablemente la razón por la que los afectados tienen el sentimiento, que no desaparece, de que “algo no va bien”.

Todo lo anterior ha sido confirmado por investigadores de la Universidad de Michigan (citado en prensa, 29 noviembre 2018,

Europa Press) en el mayor estudio realizado hasta la fecha sobre esta cuestión, concluyendo que los cerebros de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se atascan en un bucle de 'errores'. La falta de comprensión científica acerca de qué es lo que impulsa a las personas con TOC a hacer lo que hacen, cuando son plenamente conscientes de que no deberían hacerlo, y a pesar de que interfiere de forma fundamental con su capacidad de llevar una vida normal, lleva a que la mitad de estos pacientes no pueda encontrar un tratamiento efectivo.

Por medio de la combinación de diez estudios con casi 500 pacientes y voluntarios sanos, comprobaron que los circuitos cerebrales que durante mucho tiempo se suponen cruciales para el TOC están involucrados en el trastorno. Surgió un patrón consistente al compararlos con los voluntarios sanos. Las personas con TOC tenían mucha más actividad en las áreas específicas del cerebro involucradas en el reconocimiento de que estaban cometiendo un error, pero menos actividad en las áreas que podrían ayudarlos a detenerse. "Es como si su pie estuviera sobre el freno y les dijera que se detengan, pero el freno no está conectado a la parte de la rueda que realmente puede detenerlos".

Sin embargo, los investigadores se plantean la pregunta de si estas diferencias en el procesamiento de errores y el control inhibitorio en la actividad cerebral de los pacientes obsesivos son la causa o el resultado de tener el TOC.

Como se ha venido sosteniendo en el planteamiento del modelo objeto de este libro, debido a la elevada activación generada en la red de memoria que contiene la intrusión obsesiva se genera una nueva traumatización que constituye un proceso de información bloqueada almacenada disfuncionalmente (modelo PAI), que incluye también otros elementos, incluidas las respuestas mentales y conductuales frente a la obsesión.

A partir de la primera intrusión obsesiva y de las respuestas asociadas a la red de memoria, se inicia un extenso período de experiencias perturbadoras cada vez que aparecen obsesiones y compulsiones. Todo lo cual presenta unas características asimilables a un evento traumático continuado, constituyendo la "traumatización obsesiva" y donde el estado excitatorio en ciertas

partes cerebrales, puesto de manifiesto en diferentes estudios en pacientes con TOC, puede ser explicado a través de la red de memoria acumulativa de exposición al trauma, que se extiende hasta el momento presente y que permanece en dicho estado como memoria a corto plazo.

Los aspectos mencionados anteriormente, que contribuyen al mantenimiento y generalización de los procesos obsesivos, tienen otros importantes efectos relevantes. A partir de que aparece la primera obsesión, se puede decir que el paciente ha estado sometido a un estrés continuado en el tiempo, debido a sus procesos obsesivo-compulsivos que se han ido generalizando a más disparadores y diferentes contenidos obsesivos a lo largo del tiempo. Esto marca una importante diferencia con una situación de trauma agudo donde existe un subsecuente periodo de seguridad, de forma que se impide la consolidación de la memoria traumática.

Se podría considerar el estrés en el que vive el paciente obsesivo como similar a las situaciones en las que existe trauma continuado y por lo tanto no existe un período de seguridad. Teniendo en cuenta, además, que el impacto de la exposición al trauma es acumulativo (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

Jarero y Artigas, en sus trabajos de campo con supervivientes de desastres, muestran cómo para ellos su narrativa refleja un *continuum* que implica problemas de seguridad, responsabilidad y decisiones, de forma que viven un extenso período de eventos perturbadores como un evento traumático reciente continuado (Jarero, Artigas y Luber, 2011). El paciente obsesivo, que vive sus obsesiones como si de la realidad se tratara y con un estrés mantenido en el tiempo como consecuencia de la activación recurrente de sus procesos obsesivos, podría ser considerado como un caso de estrés traumático continuado.

“La red de memoria permanece en un estado excitatorio permanente como memoria de corto plazo, expándiéndose con cada nuevo estresante subsecuente a la experiencia adversa original en este *continuum* análogo al efecto de ondulación de una piedra lanzada a un estanque, creando una red de memoria acumulativa de exposición al trauma (Jarero *et al.*, 2013) que se extiende hasta el momento presente”.

Los estudios por neuroimágenes con pacientes TOC, citados anteriormente, sobre el estado excitatorio de ciertas áreas cerebrales dentro del circuito de la preocupación, son coherentes con esta teoría.

Mantenimiento y generalización de los procesos obsesivos

Una vez activados los procesos obsesivos, éstos se mantienen mientras no se modifiquen las estrategias de afrontamiento frente a la obsesión que permitan conectar con otras redes y circuitos cerebrales.

Esta fase III explica también el mantenimiento de los procesos obsesivos, por las dificultades por parte del paciente para modificar las estrategias implicadas en el bloqueo circuito del proceso obsesivo, contribuyendo a perpetuar el problema debido a que cede ante las acciones sustitutivas y los impulsos a realizar las compulsiones o rituales.

Desbloquear el proceso obsesivo requiere activar otras partes del cerebro, lo cual supone una gran motivación para soportar la elevada angustia. El obsesivo tiene dificultades en implementar las estrategias de afrontamiento adaptativas debido a varios factores como las fobias interoceptivas, los déficits de integración que impiden modular emociones y las reacciones sensoriomotrices (modelos fisiológicos y de procesamiento de la información). Así como las ineficaces estrategias de afrontamiento que refuerzan el miedo al miedo y a los pensamientos, y el papel de las creencias inadaptativas que alimentan las interpretaciones que subyacen al problema.

Como se observa, muchos son los factores que fundamentan y mantienen las estrategias de afrontamiento inadaptativas frente a la intrusión obsesiva. Las respuestas mentales y conductuales compulsivas frente a la intrusión obsesiva, que forman parte de la información bloqueada en la red neuronal, son consecuencia de las emociones y cogniciones que se suscitan en el individuo que la padece, con base en los valores, interpretaciones y creencias.

Dentro de las creencias responsables de estas respuestas hay que resaltar:

- La valoración de las obsesiones como una amenaza de grave riesgo o daño para sí mismo o para los demás (modelo

conductual y metacognitivo)

- La autoatribución de la responsabilidad del daño o de su evitación o prevención (modelo conductual)
- Las creencias metacognitivas acerca del significado de los pensamientos o sentimientos intrusos: a) pensamiento acción-fusión (si siento que voy a hacer daño a alguien, lo haré); b) fusión pensamiento-evento (creencia de que tener un pensamiento hace que suceda algo, que ya está sucediendo o que va a suceder); y c) pensamiento o fusión de objeto (creencia de que los pensamientos, memorias o sentimientos se pueden transmitir o comunicar a través de objetos: “los objetos pueden estar contaminados con malos recuerdos”) (modelo metacognitivo)

Cada vez que se activa el circuito neuronal con la información bloqueada, las respuestas de afrontamiento inadaptativas basadas en tendencias de acción evitativas (conductas fóbicas, estrategias de huida frente a la ansiedad), acciones sustitutivas (racionalización, rituales cognitivos, etc.), así como las compulsiones o rituales, refuerzan la conexión neuronal entre los elementos implicados y contribuyen a la cronificación de la Traumatización Obsesiva (TOB).

Otro factor a tener en consideración es que las conductas de huida tanto de los disparadores como de la propia obsesión y la realización de las compulsiones se hacen muy resistentes al cambio, debido a que se refuerzan por el alivio inmediato de la ansiedad. También contribuyen al mantenimiento del proceso aumentando el valor dado al pensamiento e impidiendo desconfirmar los temores a través de la propia experiencia. Otro factor a considerar es que las respuestas de neutralización pueden generar un afecto reforzante a corto plazo, puesto de manifiesto en la Teoría de los Dos Factores desarrollada por Mowrer (1939) y llevado a la práctica por Dollard y Miller (citado por Boticario, 2015).

Se puede considerar la conducta compulsiva como un proceso similar a las adicciones, debido a que se genera un estado de sentimiento positivo que, según la teoría del estado de sentimiento de la adicción, se entiende como una fijación exagerada y disfuncional de un estado de sentimiento positivo deseado que se enlaza con una conducta adictiva.

Susan Brown propone que la conducta adictiva puede ser activada cuando un sentimiento deseado y una conducta quedan “unidas”. El deseo o necesidad que tenga esa persona de ese sentimiento concreto es una parte importante de la adicción. Cada vez que la persona quiere sentir ese “estado de sentimiento” de nuevo, lo asocia con la sustancia o la conducta y luego “persigue” ese sentimiento volviendo a realizar la que ahora ya es una conducta compulsiva una y otra vez. Es importante señalar que todos estos estados de sentimientos deseados tienen su base en deseos normales y saludables; ser amado, conectar, tener éxito, ser libre, sentirse en control, etc. Pero cuando los estados de sentimientos se asocian a conductas destructivas o poco adaptativas es útil desenlazar esa conexión y establecer conductas alternativas más adaptativas para conseguir esos estados de sentimientos positivos.

Hay que resaltar el papel de las respuestas de afrontamiento inadaptativas frente a las obsesiones, en referencia a que confirman la falta de control por parte del paciente obsesivo.

Por último, nuevos eventos alimentadores y procesos de condicionamiento amplían los disparadores y los miedos obsesivos.

Capítulo 6 / Resumen e hipótesis que se derivan del Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases

La traumatización en el TOC en las distintas fases del modelo

El modelo estructural funcional de las tres fases del TOC pivota en torno a la consideración del trauma psicológico como constructo transdiagnóstico básico para entender y tratar el problema obsesivo.

Pero asimismo se requiere profundizar en las específicas condiciones e implicaciones que se encuentran en la traumatización obsesiva y que establece sus hipótesis en base a tres fases.

En la fase I, la traumatización puede abarcar desde trauma transgeneracional, recuerdos implícitos perinatales como el estado físico y emocional de la madre durante el embarazo, la relación parental, trauma de nacimiento y de apego, hospitalizaciones, y un sinnúmero de experiencias adversas que pueden generar problemas de integración cerebral, alteraciones neuroquímicas y neuroanatómicas y contribuir a generar vulnerabilidad emocional, fobias afectivas y un determinado esquema defensivo.

En la fase II, la traumatización específica origen del TOC, puede ser un trauma de tipo (T) o t (trauma oculto). Este tipo de traumatización, denominada “traumatización al fracaso defensivo” (TFD), se origina en una experiencia adversa T o t, por el dolor traumático que se genera como consecuencia del fallo de la protección frente a ciertos contenidos interoceptivos implicados, sujetos previamente a la defensa de su exclusión de información a la conciencia. Como consecuencia aparece un cluster defensivo que protege del fallo a la defensa que protege del dolor, disociado estructuralmente.

Y por último, la fase III, la propiamente obsesiva, donde aparecen las obsesiones y se va a producir una nueva traumatización, la

Traumatización Obsesiva (TOB) que se puede considerar como un evento traumático continuado.

Fase I: vulnerabilidad emocional, fobias afectivas y esquema defensivo

Las causas de la vulnerabilidad emocional hay que buscarlas en el binomio genética y ambiente. Desde fases prenatales, estímulos maternos (problemas emocionales y físicos) pueden producir una refractaria vulnerabilidad neurofisiológica (Dowling, 2000) (Glynn, Wadhwa y Sandman, 2000), (Williams, Hennessey y Davis, 1995). También, patrones de dolor crónico en algunos niños desde neonatos, traumas tempranos perinatales y experiencias negativas adversas a lo largo del desarrollo van a contribuir, ya que estos factores se traducen en déficits tempranos de integración cerebral (Siegel, 1999, 2012).

Asimismo, los problemas en el apego y la parentalización no óptima generan un modelo de apego en la memoria implícita que predispone a dificultades en la regulación emocional y a un grado extremo de atención al miedo, que contribuyen al desarrollo de estrategias de afrontamiento inapropiadas para el sufrimiento infantil habitual (Perry *et al.* 1995; Perry, 1999)

Aunque, como se ha mencionado anteriormente, a esta vulnerabilidad pueden contribuir factores de predisposición, genéticos y biológicos, hay que resaltar el papel del ambiente que suele estar marcado por el sufrimiento. Con frecuencia estas experiencias dolorosas que vive el niño pueden ser consideradas como “traumas ocultos” o estar relacionadas con carencias en necesidades interpersonales de afecto, control o inclusión (Schutz, 1966). Padres que dan al niño demasiado de algo que dado con moderación es saludable, o padres que generan la interiorización de modelos dañinos, debido a críticas, exigencias o castigos excesivos, pueden ser algunas de ellas (Lyons-Ruth, 1990). Pero también se encuentran experiencias de estrés y sufrimiento a lo largo del desarrollo debido a factores como problemas emocionales de los padres, peleas constantes, abuso físico o emocional.

En resumen, la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes TOC se fundamenta en factores de predisposición genéticos y biológicos en el desarrollo de la seguridad del apego, en

un ambiente con frecuencia marcado por el sufrimiento y la falta de habilidades de regulación emocional (Brussoni, Jang, Livesley y Macbeth, 2000; Crawford *et al.*, 2007; Goldsmith y Harman, 1994).

Sin embargo, el aspecto más doloroso ante el que el niño se siente especialmente vulnerable tiene relación con la forma cómo percibe, interpreta y valora lo que está pasando (Silberg, 2013). Estas representaciones son componentes de lo que se propone denominar el "TN".

El TN abarca representaciones mentales dolorosas con contenidos ansiógenos referidos a amenazas físicas, interpersonales e intrapersonales. Contiene información referente a amenazas de tipo exteroceptivo que se vivencian como realidad, así como contenidos referentes al mundo interno como son pensamientos, creencias, emociones, deseos e incluso partes de uno mismo.

El contenido de la amenaza que se teme está basado en la interpretación específica que se hace de la experiencia, y genera un sufrimiento que se vive desde la vulnerabilidad, por lo que se activa la defensa encargada de esa protección. Contenidos mentales, que se vivencian como la propia realidad, reflejan una metacognición del tipo fusión contenido mental-realidad, que posteriormente va a ser un factor alimentador del temor a la obsesión.

La fobia al sufrimiento frente al TN y las creencias acerca de la incontrollabilidad de la emoción, condicionan el tipo de proceso defensivo (Goleman, 1998).

La estrategia básica es la evitación del sufriendo, la represión o supresión del dolor y los contenidos asociados, que origina un esquema complejo con diversas tendencias de acción con dicha finalidad, más o menos consciente.

Dentro de las estrategias básicas para afrontar las emociones, diversos autores (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010) consideran la evitación y supresión dentro de las más patológicas.

La defensa frente a la vulnerabilidad con que se vive el sufrimiento relacionado con el núcleo afectivo-cognitivo que constituye el TN, va dirigida a disociar los aspectos dolorosos de la experiencia interna involucrados. La represión dirigida a pensamientos, utiliza acciones mentales y conductuales con el lema "ojos que no ven, corazón que no siente", que en muchos casos se produce de forma inconsciente.

Se puede concluir que la represión de pensamientos basados en la consigna (“no quiero pensar eso”) es una estrategia desadaptativa que contribuye al desarrollo de psicopatologías, entre las cuales se encuentra el TOC.

Además, hay estudios que ponen de manifiesto que “no querer pensar en ciertos contenidos” produce un efecto paradójico, activando la preocupación por el contenido, así como la carga emocional (Wegner *et al.*, 1987). Esta tendencia a reprimir, disociando de la conciencia ciertos pensamientos, influye en generar obsesiones (Wegner y Zannatos, 1994).

Otras estrategias que también tienen la función de evitar la emoción intolerable de dolor, aunque puede que esta intencionalidad esté oculta para el paciente, y que forman parte del esquema defensivo del obsesivo, utilizan el control.

Un objetivo a controlar es evitar la causa que se atribuye al contenido mental temido.

Ello puede originar rasgos extremos de personalidad como autoexigencia, sumisión, rigidez, etc., típicos de los pacientes obsesivos. Si un niño sufre porque cree que su madre no le quiere y lo atribuye a que es su culpa por ser desobediente, se mostrará obediente como una forma de defensa frente al dolor de esa percepción.

La contribución de este esquema defensivo es fundamental en el problema TOC. Incluye diversos tipos de tendencias de acción y mecanismos de defensa, pero todos con la finalidad, casi siempre inconsciente, de la evitación del dolor.

Fase II. Traumatización al fracaso defensivo (TFD)

El modelo plantea la existencia de una experiencia que origina un tipo especial de traumatización, que se propone denominar “traumatización al fracaso defensivo” (TFD). Este tipo de traumatización que caracteriza el TOC, es la consecuencia de un evento donde se produce el fallo defensivo frente al sufrimiento producido por un contenido constituyente o relacionado con el TN y la indefensión frente al afecto doloroso que elicitaba. Debido a la alta activación que produce, da lugar a un efecto estructural. La información queda almacenada de forma fraccionada en distintas

redes de memoria, en distintos niveles cerebrales y partes de la personalidad.

En esta traumatización, específica en el TOC, hay una parte emocional que contiene los aspectos interoceptivos de la memoria de sufrimiento fijados al dolor traumático en torno al TN. El TN abarca representaciones mentales dolorosas con contenidos ansiógenos referidos a amenazas físicas, amenazas interpersonales y amenazas intrapersonales. La información almacenada disfuncionalmente a nivel subcortical comprende contenidos interoceptivos de la memoria de sufrimiento.

Otra parte emocional contiene el *cluster* defensivo conformado por el esquema previo defensivo que evita el dolor y la nueva defensa obsesiva que protege del fallo a la defensa que evita el dolor. Esta nueva defensa, que surge a raíz de la TFD, protege del fallo que supondría que parte del contenido traumático interoceptivo de la memoria de sufrimiento aflorara a la conciencia, con la amenaza de sufrimiento que conllevaría. La nueva defensa obsesiva añade al *cluster* defensivo determinada consigna específica de tipo perfeccionista como llave de seguridad para proteger del fallo funcional.

El cluster defensivo se podría considerar constituido por una parte evitativa del dolor y otra parte a cargo de asegurar a la anterior el éxito en su función. Este cluster está constituido por muchas tendencias de acción cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas. Las tendencias de acción fisiológicas están a cargo de respuestas psicofisiológicas como hipervigilancia ante las áreas de peligro tanto externas como internas. Las tendencias de acción conductuales se manifiestan, por ejemplo, en evitación de situaciones o conductas de comprobación. Las tendencias de acción mentales afectan a distintos niveles cerebrales. Por ejemplo, en el nivel cortical con creencias extremas de asunción de responsabilidad, creencias inadaptativas y errores lógicos; en el nivel cortical/subcortical (*córtex paralímbico) consigna alimentadora de la obsesión; y en el nivel subcortical impulsos, mecanismos de defensa y creencias nucleares negativas. Dichas respuestas que constituyen las tendencias de acción fisiológicas, conductuales y

mentales son difíciles de cambiar, debido entre otras causas a los déficits de integración cerebral del obsesivo.

Como consecuencia de la TFD, aparece una nueva defensa para evitar nuevos fallos defensivos frente a la vulnerabilidad. La obsesión es una defensa que protege del fallo a la defensa que protege del dolor. Se basa en una consigna específica defensiva, de naturaleza irracional y perfeccionista, que se activa ante ciertos disparadores y produce un efecto antagónico.

Fase III: traumatización obsesiva

En esta fase III es donde aparecen las obsesiones y se va a producir una nueva traumatización, “la traumatización obsesiva” (TOB). Antes de la activación de la intrusión obsesiva, se puede encontrar un evento precipitador que está relacionado con la activación del estado afectivo vulnerable al sufrimiento frente a contenidos constituyentes del TN o con algún hecho asociado al ámbito de acción de la consigna perfeccionista que activa la defensa obsesiva como medio de controlar la protección frente al sufrimiento.

Pero también se necesita la concurrencia de un disparador que impulsa a que aparezca la intrusión obsesiva por primera vez. En ocasiones puede haber un evento alimentador del disparador de la obsesión que genera un temor específico, pero en cualquier caso el disparador de la intrusión obsesiva hace referencia a una estructura de temores que se pueden clasificar según las categorías de lo desconocido, lo incierto y lo potencialmente peligroso. Estos disparadores, debido a procesos de condicionamiento, pueden extenderse a otros estímulos. Este tipo de eventos se suelen ir sucediendo una vez que aparecen las obsesiones, dando lugar a nuevos disparadores y obsesiones, extendiendo así los procesos obsesivos.

La intrusión obsesiva es un síntoma secundario de defensa a cargo del cluster defensivo ante el dolor y no tanto es un fragmento de un recuerdo.

Obsesiones y compulsiones intentan prevenir y controlar peligros conscientes, al mismo tiempo que consiguen la intencionalidad inconsciente de evitar la conciencia de los temores que subyacen, desplazando la atención de los mismos a los contenidos obsesivos con los que se relacionan.

La Traumatización Obsesiva (TOB) se genera a raíz de la activación del proceso obsesivo-compulsivo por primera vez y, debido a la elevada activación emocional que genera, provoca un nuevo efecto estructural que bloquea esta información en el sistema nervioso (Shapiro). El circuito (proceso obsesivo-compulsivo) con la información que contiene el disparador, la obsesión, la emoción y las sensaciones físicas junto a las respuestas mentales y conductuales (conductas de neutralización), constituyen información almacenada disfuncionalmente y bloqueada en ciertas áreas cerebrales denominadas el “circuito de la preocupación”.

A partir de la primera intrusión obsesiva y de las respuestas asociadas a la red de memoria, se inicia un extenso período de experiencias perturbadoras cada vez que aparecen obsesiones y compulsiones. Presenta unas características asimilables a un evento traumático continuado, ya que el paciente obsesivo vive de forma recurrente las obsesiones como si de la realidad se tratara y con un estrés mantenido en el tiempo. “La red de memoria permanece en un estado excitatorio permanente como memoria a corto plazo, expandiéndose con cada evento estresante subsecuente a la experiencia adversa original, creando una red de memoria acumulativa de exposición al trauma que se extiende hasta el momento presente” (Jarero *et al.*, 2013).

Hay dos tipos de eventos precipitadores que pueden ocurrir antes de aparecer la primera obsesión como condición necesaria, aunque no suficiente, para activar la respuesta obsesiva. Un tipo de evento está relacionado con el temor a que se active el estado afectivo vulnerable al sufrimiento frente a contenidos constituyentes del TN. El otro tipo de evento puede ser algún hecho asociado a un cambio en la vida, actividad o rol relacionado con el ámbito de acción de la consigna perfeccionista que el cluster defensivo utiliza como medio de obtener la seguridad de protección frente al sufrimiento.

Los disparadores de obsesiones son estímulos ansiógenos, extero o interoceptivos, condicionados o no, que aluden o señalan a alguno de los temores implicados en el problema obsesivo, como el contenido obsesivo, los contenidos dolorosos traumáticos de la red del TN, el temor a fallar en la consigna perfeccionista defensiva y temores específicos conectados con los anteriores.

Posteriormente, por procesos de condicionamiento, pueden extenderse a otros estímulos. Este tipo de eventos se suele ir sucediendo una vez que aparecen las obsesiones, dando lugar a nuevas obsesiones y extendiendo los procesos obsesivos.

La defensa que conforma las obsesiones utiliza un entramado de tendencias de acción derivadas de la defensa física, social e interoceptiva, que adquieren una determinada morfología reactiva según las características del disparador.

Metáfora explicativa del modelo

Una síntesis de las tres fases del modelo del TOC podría explicarse por medio de una metáfora. Imaginemos una casa que es un edificio con varias plantas en cuyo interior se encuentra un material (contenidos del TN) que contiene una carga de energía (dolor) que produce efectos aversivos muy temidos al entrar en contacto con él.

Para evitar esos temidos efectos, se encierra el material en el sótano del edificio (disociación defensiva de contenidos interoceptivos dolorosos) y se pone un equipo de seguridad (esquema defensivo que protege de la vulnerabilidad al dolor frente al TN) que se encarga de mantenerlo ahí aislado y de las acciones preventivas para evitar que alguien pueda bajar y entrar en contacto con el peligro.

Este equipo hace su función adecuadamente hasta que se genera un fallo, de forma que se produce el temido contacto con el material y la carga que lleva (traumatización al fracaso defensivo). Como consecuencia de la activación de la carga, se desencadena una explosión de forma que hay un corrimiento de tierra y la parte con la carga queda separada, aislada. A partir de ahí, se incrementa la seguridad por medio de un supervisor que se encarga de reforzarla, protegiendo del fallo al equipo de seguridad (defensa obsesiva). Su función es similar a la de un detector de humo contra incendios, de forma que ciertos disparadores (estímulos conectados al TN o al fallo defensivo) son como el humo que activa la alarma (tendencias de acción psicofisiológicas como la activación del sistema nervioso autónomo) dando paso a otras acciones específicas enfocadas a la evitación o protección ante el peligro (tendencias de acción

defensivas del cluster obsesivo), que se adaptan selectivamente a la naturaleza del disparador.

Una vez que se ha puesto en marcha el proceso, es como si se produjera un fallo en el sistema de conexión con el sistema central, de forma que sigue funcionando en el mismo modo de alerta ininterrumpidamente (traumatización obsesiva), generando un *looping* de funcionamiento.

Hipótesis sobre las que se basa el Modelo Estructural Funcional de las 3 Fases del Trastornos Obsesivo-Compulsivo

Las hipótesis sobre las que se basa el modelo estructural funcional de las 3 fases del Trastornos Obsesivo-Compulsivo son:

- **Factor 1:** Vulnerabilidad emocional sustentada en déficits de integración cerebral (Siegel, 1999), como consecuencia de la interacción entre genética y experiencias en el funcionamiento del cerebro a lo largo del desarrollo, que pueden empezar desde la etapa perinatal y en un apego inseguro.

En uno de los primeros estudios que investiga las interacciones genético-ambientales en el TOC, hay evidencia de que la genética y los factores ambientales están involucrados en la etiología del TOC, indicando que el alelo BDNF Met interactúa con el abuso emocional de una manera dosis dependiente (Hemmings *et al.*, 2013).

Manifestaciones de los déficits de integración que alimentan la vulnerabilidad emocional son la incapacidad de procesar, inhibir y organizar reflejos, impulsos y emociones, las dificultades para expresar los sentimientos con palabras, ser consciente de las emociones e integrar las tendencias emocionales positivas y negativas.

La investigación de Carpenter *et al.* (2011) puso de manifiesto una correlación significativa entre la alexitimia y la gravedad y el número de síntomas TOC, estando asociada además con dificultades en el procesamiento emocional.

- **Factor 2:** El miedo al miedo, con origen en etapas tempranas del desarrollo, refleja la traducción de las experiencias interpersonales en las estructuras biológicas: a través de la corteza orbitofrontal-medial, sus conexiones con la amígdala y los sistemas reguladores (vagal, Eje HPA), generando vulnerabilidad al estrés (Dowling, 2000) (Glynn, Wadhwa y Sandman, 2000), (Williams, Hennessey y Davis, 1995).
- **Factor 3:** Un apego inseguro y una infancia marcada por el sufrimiento, tanto por experiencias de tipo vicario como por las propias, genera vulnerabilidad ante ciertas amenazas de sufrimiento. La investigación de Carpenter *et al.* (2011) muestra que existe una relación entre el trauma infantil y el TOC, que está influenciada por un apego evitativo y experiencias del pasado con otros significativos. Con respecto a las adversidades infantiles, los pacientes TOC reportaron mayores niveles que los familiares y los controles (Bey *et al.*, 2017).
- **Factor 4:** El dolor ante el que el niño se siente especialmente vulnerable tiene relación con la forma cómo percibe, interpreta y valora lo que está pasando. El papel prioritario de la interpretación de un evento ha sido corroborado en la investigación sobre acontecimientos de la vida y factores de personalidad en niños y adolescentes con TOC (Gothelf *et al.*, 2004).
Estas representaciones son componentes de lo que se propone denominar el “TN”. El TN abarca representaciones mentales dolorosas con contenidos ansiógenos referidos a amenazas físicas, interpersonales e intrapersonales. Contiene información referente a amenazas de tipo exteroceptivo que se vivencian como realidad, así como contenidos referentes al mundo interno como son recuerdos, pensamientos, creencias, emociones, deseos e incluso partes de uno mismo.
- **Factor 5:** La vulnerabilidad frente al sufrimiento (fobia al dolor) en relación a las representaciones constituyentes del TN, da origen a un esquema defensivo orientado a la evitación del dolor. Los chicos con TOC puntuaron más alto que el grupo control normal en el parámetro de la evitación del daño del Inventario de Temperamento y Carácter Junior (Gothelf *et al.*, 2004). Este aspecto fue corroborado en otro estudio (Bey *et al.*, 2017).

Componentes del esquema son las creencias reflejas negativas acerca de la incapacidad para afrontar el sufrimiento y que son manantiales de perturbación que mantienen las emociones bloqueadas, las creencias defensivas del tipo “debo evitar ser consciente, no pensar lo que produce dolor”, distintas creencias inadaptativas y tendencias de acción enfocadas a proteger de las amenazas exteroceptivas contenidas en el TN y que, debido a su utilización frecuente, pueden dar lugar a rasgos de personalidad. Los resultados indican que las experiencias adversas en la infancia están fuertemente asociadas con las creencias y los síntomas TOC (Briggs *et al.*, 2009)

Asimismo, son relevantes los mecanismos de defensa como represión, despersonalización y la retracción de conciencia. Ciertas conductas de tipo preventivo persiguen también la protección frente a la amenaza de conciencia de lo doloroso por medio de acciones conductuales como estar muy ocupado. Una forma de buscar el control emocional es por medio de tendencias de acción como la hipertrofia de la función racional, hipervigilancia e inatención selectiva para no captar nada de aspectos de la vida que son etiquetados como áreas de peligro.

- **Factor 6:** Existencia de uno o más estados mentales sin integrar, donde suele ser frecuente encontrar un estado inseguro con carencias en necesidades interpersonales como afecto, control o inclusión. Los estados mentales son bloques en el comportamiento y en la conciencia, que rompen el sentido de continuidad del sujeto. Esta ruptura puede explicar cómo en el TOC se interrumpe y retarda la conexión entre algún estado del *self*, debido a los estados de miedo o ansiedad intensa a lo largo del desarrollo, lo que genera el riesgo de no conseguir un yo integrado (Putnam, 1997).
- **Factor 7:** La traumatización frente al fracaso defensivo da lugar a un tipo específico de disociación estructural donde elementos (extero o interoceptivos) que derivan del mismo evento se almacenan en redes distintas y permanecen disociados entre ellos (Leeds, 2011). Según Shapiro (2006), las memorias interoceptivas (contenidos reprimidos, defensas disociativas, fobias disociativas) también pueden ser almacenadas disfuncionalmente como

consecuencia del fallo del sistema de procesamiento de la información.

- **Factor 8:** La consecuencia del trauma es que se genera una PAN y una PE (Myers, 1940). El TOC es como mínimo un problema de traumatización secundaria, por lo que concurrirá una PAN y varias PES: una parte emocional que contiene información almacenada disfuncionalmente a nivel subcortical con el contenido interoceptivo de la memoria de sufrimiento; otra parte emocional contiene el *cluster* defensivo con diversas tendencias de acción, incluida la consigna perfeccionista alimentadora de la defensa obsesiva, para proteger del fallo de que parte del contenido traumático interoceptivo de la memoria de sufrimiento aflore a la conciencia.

- **Factor 9:** La intrusión obsesiva requiere un evento precipitador que implica cambios vitales, traumas, cambios de actividad o rol vinculado al territorio de la consigna de seguridad que protege del fallo defensivo o de la activación del estado vulnerable. La media de la puntuación de acontecimientos vitales de los pacientes obsesivo-compulsivos fue significativamente mayor que la del grupo control; y esta superioridad abarca los seis meses previos al inicio de la enfermedad (McKeon *et al.*, 1984)

Además del evento precipitador, se requiere un disparador que es un estímulo que alude o señala a la estructura de temores implicados en torno al TN y al fallo en la consigna de seguridad defensiva, que queda reflejado en la creencia “se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso”. Todos los pacientes obsesivos puntúan en esta creencia al ser evaluados en el Cuestionario de Creencias Inadaptativas de Davis, McKay, Eshelman. (Pinillos, 2010).

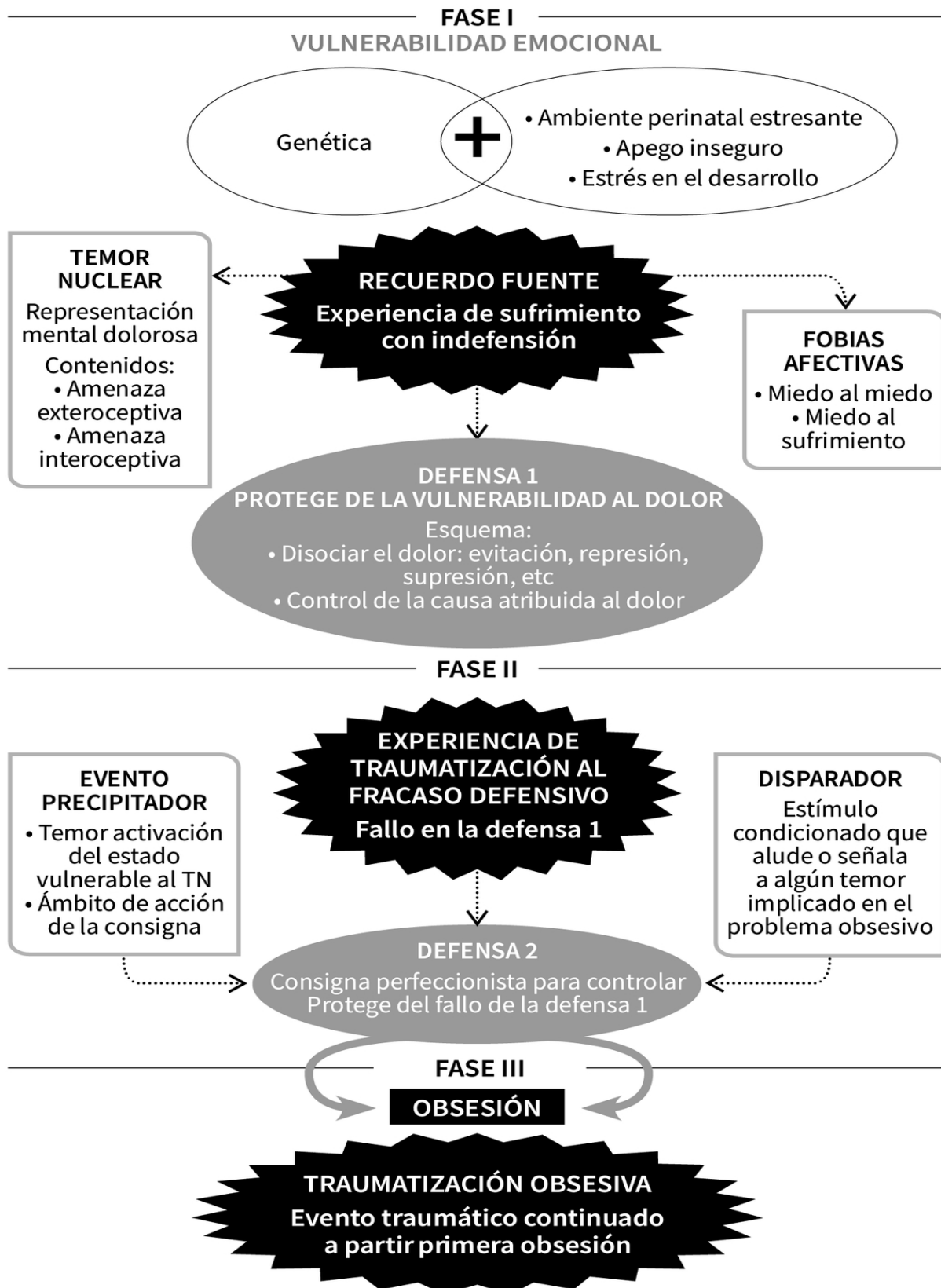
- **Factor 10:** La obsesión es un síntoma secundario de defensa que utiliza un conjunto de tendencias de acción psicofisiológicas, mentales y conductuales que se ajustan en función de las características del disparador. Su función es intentar prevenir y controlar peligros conscientes al mismo tiempo que evitar la conciencia de los temores que subyacen, por medio de desplazar la atención de los mismos a los contenidos obsesivos con los que se relacionan (Hilgard, 1977).

- **Factor 11:** Debido a la elevada activación que genera el disparador y la obsesión, se inicia “la traumatización obsesiva” que constituye un proceso de información bloqueada, almacenada disfuncionalmente, que incluye también las respuestas mentales y conductuales (Shapiro, 2001).
- **Factor 12:** El TOC puede ser considerado como un caso de estrés traumático continuado, al vivir el paciente obsesivo de forma recurrente las obsesiones como si de la realidad se tratara y con un estrés mantenido en el tiempo. De esta forma la red de memoria permanece en un estado excitatorio permanente como memoria de corto plazo, expandiéndose con cada nuevo estresante subsecuente a la experiencia adversa original, creando una red de memoria acumulativa de exposición al trauma (Jarero *et al.*, 2013) que se extiende hasta el momento presente”.
- **Factor 13:** Las estrategias de huida y lucha inadaptativas, que refuerzan la red de la TOB, contribuyen al mantenimiento del proceso obsesivo como un circuito con información almacenada disfuncionalmente. Factores relevantes que contribuyen a ello son: realizar conductas de neutralización debido a la elevada angustia que el paciente tendría que soportar no llevándolas a cabo, las fobias interoceptivas, la falta de habilidades para el manejo emocional, creencias inadaptativas basadas en la percepción de amenaza de grave riesgo o daño para sí mismo o para los demás, la responsabilidad del daño o de su evitación (Rachman, 1993; Salkovskis, 1989) y el significado de los pensamientos o sentimientos intrusos o metacogniciones (Wells, 2000).
- **Factor 14:** Las conductas de huida tanto de los disparadores como de la propia obsesión y la realización de las compulsiones se hacen muy resistentes al cambio debido a que se refuerzan por el alivio inmediato de la ansiedad (Boticario, 2015). En algunos casos se puede considerar la conducta compulsiva como un proceso similar a las adicciones ya que, según indica Robert Miller (citado en Miller, 2014), en la teoría del estado de sentimiento de la adicción se genera una fijación exagerada y disfuncional de un estado de sentimiento positivo deseado con una conducta.

Factor 15: El TOC es la respuesta defensiva frente a la fobia al dolor traumático, y en el que subyacen carencias en necesidades interpersonales de afecto y/o control y/o inclusión que afectan tanto a la seguridad como a la autoestima.

El Esquema del Modelo Estructural Funcional de las 3 Fases del TOC que se muestra a continuación en la figura 16 recoge la relación entre los aspectos determinantes de cada fase del modelo y las experiencias determinantes.

Figura 16. Esquema del Modelo Estructural Funcional de las 3 Fases del TOC



Capítulo 7 / Casos que ilustran el Modelo de las 3 Fases del TOC

A lo largo del capítulo, se irán mostrando una serie de casos y cómo se ajustan a las fases del Modelo. Con el fin de asegurar la protección de datos, se han modificado algunos aspectos personales.

Se va a definir cada caso en función de la consigna que alimenta las tendencias de acción obsesivas y compulsivas y la creencia alimentadora perfeccionista que subyace.

Caso 1. “Tengo que conseguir proteger siempre a los demás de cualquier sufrimiento físico y emocional” (debo ser perfecto como persona)

Economista, 45 años y estado civil divorciado

Plantea como motivo de la consulta el que su vida se ha convertido en una pura obsesión y compulsión. Presenta distintos pensamientos e imágenes intrusivas:

Miedos obsesivos a que ocurran desgracias como accidentes, explosiones, incendios o atropellos. Los disparadores son ver clavos, paquetes o piedras; percibir olores químicos o a gas; escuchar ruidos.

Presenta compulsiones de comprobación de que no haya nada que pueda provocar las citadas catástrofes. También tiene que quitar obstáculos de cualquier lugar o avisar a la policía. Y cuando alguien va a cruzar un semáforo, tiene que volverse y esperar a ver que haya cruzado.

Miedos obsesivos a enfermedades contagiosas con compulsiones de limpieza y lavado.

Imágenes intrusivas cuyo contenido se refiere a accidentes o enfermedades, que se disparan después de no haber realizado compulsiones ante un disparador.

Fase I

Como factores perinatales hay que destacar el estrés de la madre en el embarazo por las peleas con su marido.

El accidente con 15 meses, donde le cayó agua hirviendo y tuvo quemaduras en el pecho, que requirió el internamiento del paciente durante varios meses en la UVI. Estos eventos pueden quedar como memoria implícita y afectar a la integración cerebral de reflejos y a las conexiones de la amígdala con el cíngulo anterior y con el córtex prefrontal orbito medial.

El tipo de apego con la madre apunta a inseguro, de tipo preocupado, indicando el paciente que la madre le sobreprotegía. La separación durante el tiempo en la UVI puede considerarse como un trauma de apego. Con el padre tiene apego desorganizado. El paciente comenta que le daba miedo por lo violento.

En resumen, estrés prenatal, apego inseguro preocupado con la madre y desorganizado con el padre y trauma de apego explican los déficits de integración y la subsecuente dificultad para la regulación emocional alimentando la vulnerabilidad emocional frente al estrés y al dolor.

Este paciente vivió, desde que puede tener recuerdos, peleas recurrentes en la relación de pareja de sus padres. Estas situaciones le producían, como consecuencia lógica, miedo e inseguridad. También padece mucho sufrimiento a lo largo del desarrollo tanto por el ambiente familiar caracterizado por las peleas entre los padres y la percepción del dolor de su madre, como por los gritos e insultos recibidos de su padre de forma habitual.

En el Cuestionario de Cultura de sufrimiento, Ambiente familiar y Traumas, se recoge sufrimiento crónico en su madre a lo largo de toda la infancia del paciente, debido a las continuas discusiones con su padre.

Su padre era un hombre violento que en las discusiones con su madre la gritaba e insultaba. Estas situaciones de sufrimiento, repetidas a lo largo de toda su vida, le hacían sentir culpa y pensar que “era mala persona”, como le pasaría a cualquier niño en una situación similar, y a responsabilizarse de la infelicidad de sus padres.

El paciente refleja en el cuestionario que pensaba que era el responsable de esas discusiones, sintiendo miedo, pena y culpa (SUD: 9). Cree que “las personas valiosas hacen felices a los demás” y que “tiene que ser capaz de conseguir que no sufran los

demás”. En una entrevista posterior en la terapia, se comprobó la creencia de que las personas que valen consiguen siempre lo que se proponen en lo que es importante para ellas. Está claro que lo importante en su niñez era que sus padres no discutieran y estuvieran felices.

Estas creencias tienen carácter defensivo frente al sufrimiento. Son rígidas en la forma de plantearlas, y al no conseguir su cumplimiento, implican un fracaso personal que afecta a la autoestima, asociado al dolor.

El subsistema de defensa frente al sufrimiento, en relación con esta consigna, utiliza conductas preventivas de ser bueno, sacar los estudios, o intentar parar las discusiones cuando se producían. También utiliza conductas evitativas como no masturbarse, que reflejan los valores parentales.

Fase II

La TFD se origina en una discusión muy fuerte entre sus padres con 11 años, dónde el padre amenazaba con separarse a la madre. Él se interpuso entre ellos. Su padre, presa de la cólera, se enfadó con él y le dio una fuerte paliza con un cinturón. El paciente interpretó la experiencia creyendo de sí mismo que “era mala persona” al fracasar en su objetivo de conseguir que fueran felices sus padres, sacando la conclusión “no valgo”. La experiencia fue muy dolorosa tanto física como emocionalmente y la vivió con muchísima intensidad emocional, dando lugar a la TFD.

Esta experiencia representa el fallo total defensivo, ya que no pudo conseguir evitar el sufrimiento de sus padres, ni fue capaz de afrontar con éxito la situación de la pelea, ni de protegerse del afecto doloroso. No conseguir el objetivo (padres discuten) se interpreta por el paciente como un fracaso personal que prueba que no es una persona valiosa. Y todo lo anterior se queda condicionado aversivamente con el sufrimiento.

En relación a esta vivencia, en el Cuestionario de Cultura de Sufrimiento, Ambiente familiar y Traumas, el paciente refleja las creencias negativas acerca de su capacidad para afrontar el dolor con “no puedo soportarlo”, “estoy indefenso” o “no tengo control” asociado a un VOC:7. La intensidad de sus emociones, miedo y culpa, era 10.

La consecuencia estructural de este tipo de traumatización (TFD) queda reflejada de la forma siguiente:

Parte aparentemente normal de la personalidad (PAN) que genera fobias ante el miedo, el dolor, la actividad mental y por extensión al mundo interno.

Una parte emocional (PE1) que contiene los aspectos interoceptivos de la TFD que abarcan contenidos de no ser capaz de cuidar o el castigo, creencias de “soy mala persona” y “no valgo” y como contenido afectivo el propio dolor.

Una parte emocional (PE2) que contiene el *cluster* de tendencias de acción defensivas. La defensa fijada en proteger del “fallo defensivo”, utiliza como consigna perfeccionista “tengo que conseguir no fallar en conseguir el bienestar físico y emocional de los demás”. Esta consigna le defiende de varios temores. Pensamientos “soy mala persona”, “no valgo”; la percepción de ver sufrir; el temor a fallar en el cuidado de los demás; el miedo al castigo (maltrato) si no consigue su objetivo y el temor al sufrimiento propio que vive desde la vulnerabilidad.

Esta consigna se alimenta de creencias como “soy responsable del bienestar físico y emocional de los demás”, el pensamiento mágico “si hago algo, se van a solucionar los problemas entre mis padres”, y el perfeccionismo plasmado en “tengo que ser capaz de conseguir lo que me proponga”, o el error lógico “no valgo, soy mala persona por fracasar”.

Fase III

Un poco antes de aparecer las obsesiones, se había producido la ruptura de la relación de pareja con la que llevaba varios años. Esta situación puede considerarse como evento precipitador, que le conecta con un aspecto de la experiencia que dio lugar a la traumatización al fracaso defensivo (padre dice a la madre que se quiere separar). La separación está conectada con el estado emocional de inseguridad, vulnerable al sufrimiento, que vivió de niño.

El disparador de la primera obsesión ocurre cuando estaba en el cine con unos amigos, con el oído vendado y empieza a escuchar sonidos metálicos. Recientemente había sido operado del oído y se había quedado sordo de un oído. El atribuye la razón de su sordera

a que había vuelto a fumar, sintiéndose culpable por ello. Los sonidos metálicos, asociados a la sordera, a la culpa y al pensamiento “he hecho algo mal”, señalan la creencia nuclear “no valgo”.

Hay dos aspectos que activan la defensa obsesiva ante la amenaza de dolor que supone la intrusión de la creencia nuclear en la conciencia. Un cambio vital asociado al territorio del sufrimiento, como es la ruptura de la relación de pareja y un disparador (la culpa y el pensamiento “he hecho algo mal” asociado a los ruidos metálicos que oía en el cine), que es un estímulo que señala a la creencia nuclear disfuncional traumática. Ante la amenaza inminente que supone la intrusión de la creencia nuclear, se activa la obsesión como defensa. En esta situación, la obsesión toma la forma de impulso incontrolable a salir del cine para mirar debajo de los coches y evitar algún peligro. El contenido interoceptivo de la intrusión impulsiva es el resultado del desplazamiento hacia otras amenazas exteroceptivas, de las que se intenta defender por medio de acciones conductuales, que a su vez contribuye al propósito de mantener alejado el peligro de tomar conciencia de la creencia nuclear.

La TOB se genera a raíz de que se activa el proceso obsesivo-compulsivo por primera vez. La parte aparentemente normal de la personalidad utiliza estrategias de huida y lucha inadaptativas y cede ante las conductas de neutralización.

Las causas son variadas como la elevada angustia, las fobias interoceptivas, la falta de habilidades para el manejo emocional y las creencias inadaptativas basadas en la percepción de amenaza de grave riesgo o daño para los demás, la responsabilidad del daño o de su evitación y el significado de los pensamientos o sentimientos intrusos.

Procesos de condicionamiento permiten explicar la extensión de los disparadores y los procesos obsesivos. En la actualidad, disparadores como salir a la calle y ver clavos, piedras, paquetes, oír ruidos; percibir olores químicos, a gas; cruzar un paso de cebra o calles, activan las obsesiones y compulsiones a quitar obstáculos, avisar a la policía, comprobar que no hay atropellos o mirar debajo de los coches

Si no ha hecho la compulsión (quitar el objeto, avisar policía, comprobar, etc), se activan imágenes con la desgracia temida (explosión, accidente, atropello, etc). El no realizar la compulsión supone el fallo de la consigna defensiva, por lo que la obsesión advierte del peligro mediante imágenes.

Otro disparador que se origina en casa es cuando toca zapatos, caen cosas al suelo o usa el baño, que activa el miedo obsesivo de que puede enfermar y la compulsión física de limpiar y lavarse las manos. En este caso, el disparador es un estímulo (suciedad, contaminación) que conecta simbólicamente con la creencia nuclear “soy mala persona”.

Caso 2. “Tengo que hacerlo todo siempre bien, lo que significa en orden y siguiendo las normas” (Debo ser perfecto)

Hombre, 23 años, soltero

Padece obsesiones impulsivas con rituales (orden, contar, repetir) en cualquier actividad que lleve a cabo. Esto ocurre desde los 17 años, edad en la que deja los estudios y las relaciones sociales, encerrándose en casa.

Fase I

Como antecedentes hay que mencionar que el abuelo y tío maternos padecían enfermedades psiquiátricas. El paciente tiene una infancia marcada por la depresión crónica de su madre. Observa que su madre sufre y hace sufrir, especialmente a su padre que tiene que hacerse cargo de todo.

Por otra parte, el paciente percibía carencia de afecto por parte de su madre, ya que no le atendía cuando estaba mal y cuya causa se atribuía a sí mismo. Aprendió a temer el sufrimiento propio y vicario. Las creencias acerca del sufrimiento que aprendió observando a su madre y a su padre fueron: “no se puede hacer nada para superarlo, va a durar siempre, no se puede controlar”.

Contenidos del TN son la falta de afecto y valoración y emociones que asocia al sufrimiento como desesperación, tristeza e impotencia.

El esquema defensivo se basa en la huida del sufrimiento a través de evitar los problemas, no ser consciente de lo doloroso y en

rasgos perfeccionistas como sacar las mejores notas y hacer bien las cosas para alegrar a su madre y así poder obtener su afecto y valoración.

Fase II

La experiencia de TFD se origina porque no quiere comer un alimento y provoca una reacción descontrolada en su madre, que se va llorando a la cama y le dice que por su culpa está enferma. Debido a la extremada intensidad emocional provocada, se produce disociación estructural. Él interpretó la situación pensando que su madre no le quería y de sí mismo “no valgo, soy un inútil”. Sintió mucha tristeza y pensó que no podía controlarlo. Una nueva consigna se adhiere al esquema defensivo como protección frente al fallo que fue “tengo que hacerlo todo siempre bien”. El significado de esta consigna se refiere a seguir las normas y en un determinado orden. Lo cual suponía ser obediente y hacer las cosas según se le indicaban. Luego se inventó sus propias normas. De esta forma se protegía de pensar “no valgo” y de consecuencias terribles de dolor como la falta de afecto, el rechazo y la crítica.

Fase III

Después de esa experiencia con su madre, aparecen las primeras obsesiones y las compulsiones. Cuando se pone a estudiar, le vienen intrusiones del tipo ¿y si no lo hago bien?, ¿y si no me da tiempo?, y aparecen rituales de repetición como volver páginas o leer párrafos una y otra vez. En este caso la consigna que protege del fallo defensivo se extiende a cualquier actividad o rol de su vida, lo que explica que se active inmediatamente después de la traumatización TFD.

Se suceden a los 16 años una serie de experiencias que le producen sufrimiento y ansiedad. La muerte de su abuelo, el rechazo de una chica que le gustaba, y las experiencias relacionadas con las consecuencias del incremento de su perfeccionismo, junto con la aparición de conductas evitativas. Los citados hechos desembocan en el fracaso de los estudios y la exclusión del grupo. Todo lo cual activa las creencias de que “no es capaz, es un inútil, es malo y despreciable”. La conciencia de estos aspectos son los contenidos más dolorosos para este paciente, que

llevaba casi toda su vida intentando exorcizarlos por medio del perfeccionismo.

La consecuencia es la evitación que le lleva a dejarlo todo (estudios, deporte, amigos), encerrarse en su cuarto y la sustitución de cualquier actividad vital previa por rituales como colocar cosas, contar, ordenar, repetir, como forma de hacer bien las cosas. La consigna defensiva que alimenta el problema obsesivo-compulsivo es “soy responsable de asegurarme de que las cosas se hacen de la única forma correcta, que es programadas en orden y tiempo. Cualquier actividad como lavarse, poner la mesa, guardar la ropa, encender equipos, se realiza por medio de rituales. Llega un momento en que las únicas actividades de su vida son los rituales. Por medio de las tendencias de acción obsesivas se evita la conciencia de su falta de autoestima y obtiene la falsa sensación de que está haciendo bien las cosas.

Caso 3. “No puedo hacer nunca nada que haga sufrir a un hijo” (tengo que ser perfecta como madre)

Mujer, 38 años, enfermera, casada y con 3 hijas

Padece miedos obsesivos relacionados con la evolución de su problema de tiroides (¿y si voy a peor?) y la posibilidad de desarrollar problemas psiquiátricos como su padre (¿y si tengo un problema mental como mi padre?).

También presenta imágenes obsesivas de accidentes que le ocurren tanto a ella como a sus hijas y lo más perturbador son imágenes en que aparece ella agrediendo a sus hijas con cuchillos u otros objetos. Normalmente no presenta compulsiones en relación a estas imágenes.

Fase I

La madre sufrió estrés a lo largo del embarazo por problemas con el padre, que tenía una enfermedad mental. El tipo de apego con la madre es inseguro preocupado; y con el padre desorganizado.

La paciente tiene una infancia marcada por un padre desequilibrado emocionalmente, que sufría mucho y hacía sufrir. En cualquier momento su padre gritaba, daba golpes en la casa, amenazaba o en ocasiones pegaba.

En una ocasión su padre le pegó en la cabeza por pelearse con su hermana y ella pensó “soy mala”. Esa experiencia de dolor, la sensibilizó ante el sufrimiento generado en las relaciones de los padres con los hijos y la creencia nuclear “soy mala”. Para defenderse del dolor asociado a los contenidos del TN, intentaba ser buena hija, obedeciendo, no peleando con su hermana, no haciendo ruido ni nada que pudiera molestar a su padre. También se defendió del dolor a través de evitar pensar lo doloroso, por lo que intentó mantener esos contenidos dolorosos fuera de la conciencia.

Fase II

Un día, la invitó una amiga a pasar el fin de semana en su casa. Conoció al padre de su amiga y observó cómo se comportaba. Al compararlo con su padre, sintió envidia y se avergonzó de su padre. El darse cuenta de lo que pensaba y sentía, le generó culpa y angustia y lo interpretó como “soy una mala persona” porque una hija no puede sentir vergüenza de su padre ni envidiar a otras personas que tienen padres mejores.

Esta experiencia dio lugar a la TFD. Una nueva consigna defensiva se generó en el esquema. Para evitar el sufrimiento derivado de la idea de que era mala, en el contexto de las relaciones entre padres e hijos, no solo pensó que “tenía que ser perfecta como hija” sino también “tengo que ser perfecta como madre”. Para ella significaba que una buena madre no hacía nunca nada que hiciera sufrir a sus hijos. Por medio de esta consigna, se protegía de pensar “soy mala” y evitaba traumatizar a sus hijos. Ambos aspectos son componentes del TN.

Fase III

A los pocos días de ser madre aparecen las obsesiones con imágenes de ella clavándole un cuchillo al bebé. El evento precipitador es ser madre por el temor a fracasar.

Se encontraba en la cocina, con un cuchillo en la mano, cuando oyó gritar y llorar a su bebé. El disparador es el bebé llorando, estímulo asociado al sufrimiento de un niño, y en relación con ella, a la amenaza de fracasar como madre. El fracaso como madre está relacionado con originar el dolor de un hijo y la creencia de ser una mala persona, componentes del TN.

La obsesión tiene la función de alertar de forma preventiva para evitar el fracaso como madre por medio de tener presente (imagen) el peligro interpersonal que se quiere evitar (traumatizar a un hijo). A través del trabajo con la parte a cargo de la obsesión, cuando se le pregunta por la función positiva de la obsesión, se ve reforzada esta explicación al contestar “alimento la inseguridad para proteger del fracaso como madre”.

Caso 4. “Tengo que hacer lo que sea para asegurarme proteger la vida de mis seres queridos” (Tengo que ser y sentirme siempre una persona fuerte: perfecta)

Mujer de 45 años, periodista, casada y con dos hijas

Rituales de limpieza de objetos, alimentos y zapatos cuando entra en su casa. Cambiarse zapatillas y limpiar el pasillo que accede a la parte interior de la casa donde están los dormitorios.

Fase I

Experiencias prenatales de estrés de la madre por problemas con el padre y un fuerte disgusto por esta causa cuando estaba a punto de dar a luz.

Peleas recurrentes a lo largo del desarrollo entre sus padres. En estas situaciones veía a su madre tan alterada que pensaba que podía morir. Lo que más le hacía sufrir era pensar que si su madre moría ella se quedaba sola y abandonada. Se sentía tan indefensa ante este sufrimiento que generó defensas enfocadas a no pensar lo doloroso, a hacer algo en las discusiones para pararlas y a rechazar la parte de ella que consideraba débil por sentirse tan vulnerable. Esta parte repudiada fue disociada hasta tal punto que no se reconocía en ella.

Fase II

La traumatización obsesiva frente al fracaso defensivo se produjo en una pelea muy fuerte, donde a pesar de intervenir para evitarla, no lo consiguió y vio a su madre en un estado donde creyó que se estaba muriendo en ese momento. Se puede considerar un Trastorno de Estrés Postraumático que activa el sistema de acción de la defensa y que moviliza una elevada activación emocional,

dando lugar a que la información se almacenara disfuncionalmente en distintas redes y niveles de conciencia. La parte vulnerable, objeto de rechazo previo por su debilidad, con el sufrimiento generado por anticipar la soledad y abandono por la muerte de su madre, la creencia negativa “soy débil” y la profunda desesperación, se almacenó en una red constituida por información interoceptiva, a nivel subcortical y se disoció estructuralmente dando lugar a un Trastorno Disociativo.

La parte obsesiva en este caso protege a la PAN del yo vulnerable al dolor, “la parte débil”, mediante consignas enfocadas a evitar los peligros potenciales y los cambios que pudieran activarla y poder mantener el autoconcepto de persona fuerte.

Fase III

El evento precipitador fue la muerte de su abuela unos meses antes del nacimiento de su primera hija.

El evento alimentador del disparador de la primera intrusión obsesiva fue que su suegra enfermara de hepatitis. Un amigo de su suegra estuvo visitándola en el hospital cuando estaba ingresada y luego murió. Lo cual produjo temor al contagio de una enfermedad que lleve a la muerte. Este evento genera una asociación entre el contagio de hepatitis y el peligro de enfermar y morir, que se extendió luego a otros estímulos como el miedo a la suciedad, a los hospitales, a su suegra, al contacto con otras personas, etc.

La primera obsesión se disparó al entrar en su casa con la niña en el cochecito y observar las ruedas en la entrada. Este estímulo disparador está asociado a diferentes temores por procesos complejos de condicionamiento. En primer lugar, asocia la suciedad de las ruedas al temor a gérmenes, virus y al miedo a una enfermedad contagiosa que lleve a la muerte. Este miedo a la muerte está conectado con la fobia a la parte vulnerable al dolor, que en este caso está muy disociada. La parte obsesiva se activa con la función preventiva de evitar que ocurra la causa de que se active la parte vulnerable al dolor.

Caso 5. “Tengo que asegurarme de hacerlo todo bien siempre” (tengo que ser perfecta)

Mujer, 32 años, estudió bellas artes, soltera

Tiene obsesiones de tipo pensamiento con contenidos relacionados con la ocurrencia de un accidente o la muerte de un ser querido, con la suciedad y la contaminación.

Presenta también imágenes obsesivas haciendo daño a seres queridos, así como impulsos a realizar rituales como repetir frases, tocar a una persona un número de veces, toser, pararse, callarse.

Fase I

Traumas tempranos perinatales pueden afectar al funcionamiento cerebral debido al estrés de la madre. En este caso la madre de la paciente tuvo un shock al enterarse del embarazo, además del duelo por la muerte de su madre, el incendio en casa de una vecina y el que su hija se cayera a un pozo. Posiblemente estos eventos contribuyeron a que se adelantara 3 semanas el parto.

La hipótesis es que esta paciente tuvo un apego desorganizado con la madre, ya que ésta padeció una depresión durante dos años a raíz de la pérdida de su madre. Estudios indican la conexión entre una madre deprimida los dos primeros años de vida de un infante y el apego desorganizado. El apego con el padre es también desorganizado, sometiéndola a maltrato emocional a lo largo del desarrollo con críticas y burlas permanentes.

Son muchas las experiencias de sufrimiento y ansiedad a lo largo del desarrollo que padece la paciente. Define el ambiente familiar como “de calma tensa, como si algo fuera a estallar de repente”. También se daban unas malas relaciones de la pareja parental con peleas, gritos, insultos.

Como es sabido, las comunicaciones afectivas negativas de los padres tienen un papel relevante. En este caso la madre le transmitía culpa católica por enfadarse y el padre se burlaba de ella por su físico y cuando lloraba. Ambos eran muy críticos. La paciente no se siente querida ni valorada y atribuye la causa del rechazo a “algo malo hay en mí”. La forma de protegerse del dolor y conseguir el afecto y la valoración es intentando agradar por medio de ser perfecta. Tiene que ser cariñosa, buena estudiante, buena persona, simpática y agradable. También tiene que reprimir sus emociones de tristeza, porque si empieza no puede parar de llorar, y de rabia. Y por supuesto, debe evitar pensar lo doloroso. Componentes del TN

son el rechazo, la crítica, “algo malo hay en mí”, el dolor (tristeza, desesperación) ante el que se siente indefensa y sin control.

Fase II

La traumatización al fracaso defensivo se produce en la guardería con 4 años, cuando el niño que quería la deja por otra niña, que era la líder de la clase. Siente mucho dolor porque lo interpreta como un rechazo más y la conecta con “algo no está bien en mí” y la creencia nuclear “no valgo”. La consigna defensiva de seguridad es “tengo que asegurarme de hacerlo todo bien siempre” que es la forma de saber que es perfecta y de conseguir la valoración y aceptación de los demás.

Fase III

A raíz de la experiencia de dolor que origina la TFD empiezan las primeras obsesiones. Consisten en el impulso a preguntar a su madre de forma compulsiva si puede hacer alguna actividad o comer algo, a pesar de que ya tenía el permiso para hacerlo. En estas situaciones, la obsesión tenía el propósito defensivo de asegurarse no fallar, mediante la comprobación de que no desagradaba o molestaba al hacer ciertas cosas.

Posteriormente los disparadores y contenidos obsesivos se fueron extendiendo debido a procesos de condicionamiento y a otros eventos alimentadores de los disparadores, como fueron otros traumas entre los que se encuentra haber sufrido bullying durante varios años.

Capítulo 8 / Personalidad y TOC

Antecedentes

Revisando la literatura referente a los trastornos obsesivos, se han puesto en relación diversos rasgos de la personalidad con la patología obsesiva. Según la American Psychiatric Association (2014), las características básicas de los obsesivos son: capacidad reducida para expresar calidez y emociones internas, perfeccionismo, insistencia en que los otros se sometan a su manera de hacer las cosas, excesiva devoción al trabajo, productividad con exclusión del placer e indecisión.

Difiriendo de las aportaciones de autores como Millon *et al.* (1994), Boticario *et al.* (2015) consideran que el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsiva no es el que presenta mayor nivel de comorbilidad con el TOC. Son dos trastornos de la personalidad que forman parte del denominado Grupo C (American Psychiatric Association, 2014), el Trastorno de Personalidad Evitativa y el Dependiente, los que tienen mayor comorbilidad. Autores como Frost y Steketee (1997) también defienden la independencia entre Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsiva y TOC.

La diferencia entre el TOC y el Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsiva, según Boticario, radica en que en el TOC la persona reconoce que sus pensamientos son erróneos, y en el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsiva el paciente entiende lo contrario, con la exacerbación del perfeccionismo hasta llegar a ser disruptivo para el funcionamiento cotidiano normal de un individuo.

En este capítulo se analizará la relación entre personalidad y TOC.

Modelo conceptual de la personalidad

Antes de profundizar en la relación entre personalidad y TOC, se va a introducir el modelo de personalidad que sirve de base teórica de este capítulo.

La personalidad suele contemplarse como un sistema organizado o estructurado que incluye diferentes subsistemas psicobiológicos, los cuales se relacionan y funcionan interdependientemente en los individuos sanos (Benyakar, Kutz, Dasberg y Stern, 1989).

Numerosos autores aportan distintas percepciones de este concepto de personalidad, pero siempre considerándola como un sistema global que encuadra varias partes que funcionan de un modo coherente y coordinado (Allport, 1961; Van der Hart *et al.* 2008) y determinando mediante su organización dinámica la conducta y el pensamiento característico de cada ser humano.

Tomando el concepto de nación como un conjunto de vínculos materiales, espirituales o afectivos que ligan a los habitantes de un territorio, concretados en la participación de una misma cultura, junto con la conciencia de pertenecer a una comunidad diferenciada, con un pasado histórico común y propio en el que se reconocen, y especialmente con un porvenir que debe ser autónomamente determinado por los integrantes de esa comunidad (Diccionario Encarta, 2009), se propone su adaptación como definición perfecta de la personalidad.

Del mismo modo que ocurre en el concepto de nación, dónde los vínculos adoptan la forma de bienes materiales, espirituales o afectivos comunes para todos sus integrantes, la personalidad como sistema se compone de varios conjuntos de vínculos cuyos componentes pueden ser pensamientos, afectos, sensaciones, conductas y recuerdos. Así como en una nación los habitantes están ligados a un territorio, el territorio de la personalidad se sustenta en nuestra propia fisiología, donde el cerebro y el sistema nervioso ocupan un lugar destacado. E igual que dentro del territorio de la nación existen comunidades, en el territorio mental existen estados psicobiológicos basados en las conexiones neuronales y sus correspondientes asociaciones neuroquímicas que forman unidades individuales y diferenciadas del resto.

Sabemos que los integrantes de una nación participan de una misma cultura y conciencia de pertenecer a una comunidad única y dispar de sus vecinas, con un pasado histórico común y propio en el que se reconocen, y un porvenir que viene determinado por los integrantes de esa comunidad. También en una personalidad sana todas las partes están integradas, existiendo conciencia de pertenencia, compartiendo todo el reconocimiento de la historia pasada como propia, y reconociendo el liderazgo de una parte ejecutiva que da paso a los componentes que más convengan en

cada caso, en función de las necesidades de adaptación, colaborando de ese modo a la construcción de un futuro común para todo el organismo.

Dentro del concepto de personalidad, como en el de nación, se da igualmente la existencia de diferentes comunidades que trabajando conjuntamente para el progreso de nuestro ser, producen asociaciones entre ellas, generando sistemas y redes de vigencia más o menos autónomas pero que, trabajando conjuntamente con otras redes vecinas, y éstas, a su vez, con otras más alejadas, forman un conjunto de “comunidades” que tanto en cuanto funcionan de manera coordinada facilitan, como decimos, el progreso de la personalidad.

En definitiva, *la personalidad se compone de varios conjuntos de vínculos entre estados psicobiológicos basados en las conexiones neuronales y sus correspondientes asociaciones neuroquímicas, cuyos componentes pueden ser pensamientos, afectos, sensaciones, conductas, recuerdos, existiendo conciencia de pertenencia al grupo, compartiendo la historia pasada como propia, y que al funcionar coordinadamente, reconociendo el liderazgo de una parte ejecutiva, facilitan la adaptación y el progreso de la comunidad personal* (Pinillos, 2010).

Este sistema interno que constituye la mente se puede conformar de muy diversas maneras en función de las relaciones existentes entre sus elementos básicos, así como de las relaciones y eficacia entre los distintos niveles y jerarquías en que se estructura cada una de estas subpersonalidades funcionales.

Este modelo de estados del yo de la mente, atribuye a las subpersonalidades o partes una serie de roles y funciones a cargo de atender a las distintas necesidades que requiere la adaptación a la vida.

La organización del conjunto de partes se realiza en base a las funciones que asumen dentro del sistema, a través de distintos roles necesarios para la adaptación a la vida. Este conjunto de roles se denominan sistemas motivacionales o sistemas de acción. Existen dos categorías básicas de sistemas de acción (Lang *et al.*, 1998): sistemas de acción de la vida cotidiana y sistemas de acción frente

a la amenaza (Carver, Sutton y Scheier, 2000; Lang, 1995; Van Der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008).

Los sistemas de acción de la vida cotidiana se encargan de las responsabilidades, gratificaciones y de la evitación de la amenaza social e interoceptiva. Los sistemas de acción frente a la amenaza se encargan de proteger frente a la amenaza física.

A su vez, dentro de estas categorías elementales de sistemas de acción, existen diferentes subsistemas específicos. El sistema de acción de la vida cotidiana se subdivide en distintas partes a cargo de diferentes aspectos como el apego (vinculación), la regulación de la energía, exploración, sexualidad y reproducción, juego, cuidados, afiliación y poder.

También los sistemas de acción de la vida cotidiana se encargan de la defensa social frente las amenazas provenientes del contexto interpersonal, donde el abandono, la soledad o el rechazo constituyen aspectos importantes que ponen en marcha acciones defensivas. Las tendencias de acción responsables de la defensa social están vinculadas a la defensa física y pueden haber evolucionado a partir de aquéllas (Gilbert, 1989, 2001). Esto justifica que incluyan estados psicofisiológicos similares a aquéllos propios de la defensa física como son hipervigilancia, huida, lucha, paralización y sumisión. Por ejemplo, la aversión a las miradas y el ocultarse, literal o emocionalmente, tienen características similares a la sumisión y la huida. La manifestación de intensas emociones negativas como la agresividad puede dañar la reputación social y, por tanto, debe ser modulada u ocultada como hacen algunos animales con el color de sus pelajes (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008).

Asimismo, hay un tipo de acción defensiva a cargo de los sistemas de acción de la vida cotidiana que se basa en la evitación de la amenaza que viene del interior y que, por su particular relevancia en el TOC, se va a desarrollar detalladamente.

Esta defensa interoceptiva se activa frente a las amenazas que provienen del mundo interno, estando implicada en la detección temprana de aspectos que atentan a la integridad de nuestra personalidad o a los prolegómenos de determinados sufrimientos. Aspectos de la personalidad no aceptables, recuerdos dolorosos,

emociones rechazables o temidas, pensamientos, deseos, impulsos, fantasías, que resultan intolerables si queremos mantener la imagen positiva que todos pretendemos de nosotros mismos, desencadenan acciones cuyo objetivo es la represión de los mismos por debajo del nivel de la conciencia, constituyendo parte de la “sombra personal” en términos de Jung (1999) o disociación defensiva.

Según sostienen Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2008), para desenvolverse adaptativamente en la vida cotidiana es preciso no sólo ser consciente de las posibles amenazas físicas y de las amenazas sociales debidas al abandono, la soledad y el rechazo, sino también de las amenazas internas que provienen de emociones, pensamientos y deseos intolerables.

El sistema de acción encargado de la defensa frente a la amenaza física incluye varios subsistemas: el grito del apego, que es una llamada desesperada para el acercamiento y la conexión con el cuidador, es el llanto del niño que llama desesperadamente la atención de su madre, la hipervigilancia donde el organismo se pone en alerta preparándose para afrontar la amenaza, la fuga cuando podemos huir del peligro, la lucha cuando nos enfrentamos, la sumisión total con anestesia (colapso) cuando no podemos hacer otra cosa ya y los estados de recuperación del descanso, cuidar las heridas, aislamiento del grupo y el retorno gradual a las actividades diarias (o sea, a los sistemas de acción de la vida diaria) (Fanselow y Lester, 1988; Nijenhuis, 1994, 1999).

Hay por tanto un paralelismo entre los subsistemas de acción encargados de la defensa física y los responsables de la defensa social, ocupándose los primeros de la protección en su vertiente física, y los segundos en su componente relacional y social, incluyendo no sólo la aproximación a los estímulos atractivos sino también el control de la impresión social y demás formas de defensa social que tienen por objeto la protección de los propios vínculos y del estatus social (Gilbert, 2000).

Cada uno de los subsistemas de acción tiene su modo propio de funcionar para alcanzar sus objetivos, que se manifiestan en las denominadas tendencias de acción, las cuales pueden ser utilizadas indistintamente por distintos sistemas de acción. Las tendencias de acción consisten en actos reflejos, conductas, sensaciones,

emociones, pensamientos, creencias que pueden clasificarse en varios niveles (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008).

El nivel más básico está configurado por las tendencias de acción inferiores que incluyen los reflejos básicos incondicionados y condicionados. Constituyen formas de responder automáticas donde no hay reflexión alguna. Pueden ser muy eficaces porque en determinadas circunstancias nos permiten reaccionar rápidamente y librarnos del peligro. Este nivel de tendencia de acción nos impele a la huida o a la paralización frente a una amenaza, ya que detenerse a pensar en una situación así sería contraproducente. En este nivel básico también podemos incluir tendencias de acción de imitación, donde actuamos siguiendo modelos interiorizados de una manera automática.

Las tendencias de acción de nivel intermedio incluyen las creencias y acciones reflejas que suelen ser reduccionistas y pueden ignorar el contexto.

Por último, las tendencias de acción de nivel superior son las que utilizan las funciones superiores de la mente que implican invertir en objetivos a largo plazo, distribuir la energía en acciones complejas y mantenerlas en el tiempo como acciones voluntarias con iniciativa, perseverancia, paciencia y moralidad.

Las tendencias de acción que intentan evitar las amenazas que nos llegan desde nuestro interior, no sólo nos defenderán de las emociones, pensamientos o fantasías que resulten para nosotros mismos imposibles de asumir, sino que en su batalla contra el dolor pueden actuar en algunos casos como defensa social, y puesto que parecen evolucionar a partir de las defensas físicas, adoptarán formas que podremos asimilar a éstas.

Las tendencias de acción implicadas en la defensa interior pueden implicar acciones conductuales (altruismo, autolesionarse, beber, comer compulsivamente, trabajar en exceso) que debido a su utilización frecuente pueden desembocar en rasgos de personalidad. Mención especial hay que hacer de los denominados mecanismos de defensa mentales (represión, despersonalización, aislamiento, formación reactiva, racionalización, negación, proyección...) cuyo objetivo es tanto impedir que afloren aspectos

del mundo interno como cortar o reducir los efectos indeseables si se produce el fracaso de mantenerlos bajo la consciencia.

Estas tendencias de acción tienen relevancia en cuanto a ciertos rasgos de la personalidad del obsesivo y su contribución a generar obsesiones.

La eficiencia mental consiste en elegir, dependiendo de las condiciones del contexto, el nivel de tendencia de acción más adaptativo. En ocasiones puede ser más adaptativo un nivel de tendencia de acción inferior que otro de nivel superior. Por ejemplo, ante un imprevisto que ocurre conduciendo, una reacción refleja de dar un volantazo es mejor que pararse a pensar qué hacer; sin embargo, en un conflicto con el jefe es mejor reflexionar antes cómo se puede afrontar.

Por tanto, algunas de estas tendencias de acción, plasmadas en acciones concretas de tipo mental o físico que utiliza el sistema defensa, son poco adaptativas, es decir, no resultan eficaces y se denominan técnicamente acciones sustitutivas. Son por tanto aquellas funciones menos adaptativas de todas las utilizables en una determinada situación que se revela como capaz de exceder a nuestra capacidad de respuesta real, funciones que en el trastorno obsesivo son frecuentes y relevantes.

Dentro de la personalidad, el equilibrio requiere eficiencia mental para acoplar los sistemas de acción a los objetivos más inmediatos de la vida cotidiana. Ello significa que los sistemas de acción funcionarán de manera interdependiente, con uno de ellos dominando en un momento dado, pero sin dejar completamente abierto o cerrado a los otros (Siegel, 1999). Digamos que existen límites de funcionamiento, filtros estimulares y grados de inhibición recíproca, necesitando funcionar interdependientemente unos respecto de otros, con uno de ellos dominando en un determinado momento.

Este sistema interno que constituye la mente se puede conformar de muy diversas maneras en función del grado de integración y de las relaciones entre sus elementos básicos que constituyen partes funcionales, así como de las relaciones y eficacia entre los distintos niveles y jerarquías en que se estructura cada una de estas partes funcionales. La salud y la felicidad dependen de que se gestionen

con eficiencia, lo cual implica fundamentalmente flexibilidad para modular con sabiduría el complicado entramado de partes, funciones y cargos.

Este modelo de estados del yo, de la mente compuesta por diversas subpersonalidades, implica la posibilidad de que entre estas partes pueda haber una mayor o menor integración y cooperación. Según sostiene Schmidt (1999) en el Newsletter de EMDRIA, el grado de integración entre las partes puede ser definido en relación a un *continuum*. Un extremo del cual (diferenciación adaptativa) está caracterizado por buena comunicación y cooperación entre las partes. En el punto medio (disociación defensiva) hay tanto alianzas como conflictos entre las partes. El otro extremo del *continuum* (disociación patológica) está caracterizado por conflictos importantes entre los estados del yo y amnesia entre las partes.

Rasgos de personalidad desde el Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases del TOC

La personalidad es el resultado del binomio biología y aprendizaje. En las líneas siguientes se mostrará la influencia de este binomio en la personalidad del paciente TOC.

El Modelo Estructural Funcional de las 3 Fases del TOC difiere de la tesis de Millon, George, y Everly (1994) al no considerar éstos, dentro de los factores etiológicos, el papel de las influencias biológicas. Sin embargo, concuerda en que los factores ambientales son determinantes del trastorno, donde el sobrecontrol parental, el comportamiento compulsivo aprendido y el aprendizaje de responsabilidades y creencias inadaptativas acerca de lo vergonzoso o malo parecen ser relevantes.

Millon *et al.* (1994) consideran los aspectos anteriormente citados junto con otros como falta de flexibilidad y espontaneidad, tacañería, indecisión, preocupación por detalles nimios, excesiva educación, formalidad, seriedad, escurpulosidad, rumiación, así como la tendencia a la evitación del mundo intrapersonal, aspectos clave de la personalidad que subyace al TOC.

En síntesis, según estos autores el Trastorno Obsesivo-Compulsivo estaría relacionado con rasgos correspondientes a la personalidad

compulsiva y a la histriónica, que definen de acuerdo a los criterios que se muestran a continuación:

Personalidad compulsiva

- Conducta aparente: normativa, perfeccionista
- Conducta interpersonal: respetuosa a congraciadora
- Estilo cognitivo: reprimido a bloqueado
- Expresión afectiva: solemne a grave
- Percepción de sí mismo: escrupuloso a íntegro
- Mecanismo de defensa: formación reactiva

Personalidad histriónica

- Conducta aparente: afectada a teatral
- Conducta interpersonal: flirteante a seductora
- Estilo cognitivo: caprichoso a disperso
- Expresión afectiva: inconstante a impetuosa
- Percepción de sí mismo: sociable a hedonista
- Mecanismo de defensa: disociación

Con respecto a la tesis sostenida por Millon *et al.* (1994), asocian el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsiva con el mayor nivel de comorbilidad con el TOC. Sin embargo, Boticario (2015) considera que otros trastornos de la personalidad se observan mucho más relacionados con el TOC. Se puede entender que rasgos como el perfeccionismo, la tendencia a la huida del mundo intrapersonal, la evitación, la dependencia, la sumisión o la falta de control emocional pueden formar parte de otro tipo de constelaciones de personalidad.

Mi dilatada experiencia clínica se ajusta más a la tesis de Boticario al poner de manifiesto que los pacientes TOC reflejan perfiles más acordes con el trastorno de personalidad no especificado, donde se combinan con frecuencia rasgos de distintos tipos de trastornos de la personalidad como la compulsiva, histriónica, evitativa, dependiente, depresiva y límite.

La estructura de personalidad de los TOC, según el Modelo Estructural Funcional de las 3 Fases, sostiene la hipótesis de que son algunos aspectos concretos de la personalidad, derivados de la vulnerabilidad neurofisiológica, de las pautas educativas, del esquema defensivo y de las experiencias de traumatización, los que se relacionan directamente con el TOC.

A continuación, se muestran los efectos en la personalidad de los factores que constituyen el modelo.

Dificultades para el control emocional

Dentro del modelo biopsicosocial de la psiquiatría infantil, el concepto diátesis-estrés prescribe que los trastornos psiquiátricos son causados por una combinación de predisposición genética-constitucional y ambiental, o por estresores psicosociales que activan la vulnerabilidad neurofisiológica innata.

A la luz del hecho de que el cerebro se esfuerza por evolucionar hacia el tercer trimestre en el útero (Dobbing y Smart, 1974), los factores genético-constitucionales pueden ser afectados negativamente durante este período debido a las condiciones adversas en el medioambiente materno-infantil uterino. Por ejemplo, investigaciones muy recientes muestran que las hormonas maternas regulan la expresión de los genes en el cerebro fetal, que persisten en la adultez (Dowling, 2000). Otros estudios revelan que los altos niveles de liberación de la hormona corticotropina durante el embarazo afectan negativamente al desarrollo cerebral fetal (Glynn, Wadhwa y Sandman, 2000), reduciendo las capacidades postnatales para responder a los retos estresantes (Williams, Hennessey y Davis, 1995).

Schore (2001) indica que ciertos estímulos maternos inciden en el feto, impactando negativamente en el eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical (HPA) (Sandman, 1994; Glover, 1997) produciendo con ello una refractaria vulnerabilidad neurofisiológica.

Las transacciones de la sincronía afectiva, los estados positivos y negativos del niño, regulados con la sintonía psicobiológica interactiva de su cuidador, construyen un ambiente que facilita el crecimiento del sistema de control, de la maduración dependiente de la experiencia del hemisferio derecho del niño.

El funcionamiento eficiente de este sistema de afrontamiento es central con respecto a la capacidad expansiva del niño para la autorregulación, la habilidad de flexibilizar y regular los estados estresantes, mediante interacciones con otros humanos. La capacidad adaptativa para cambiar entre estos modos duales reguladores, dependiente del contexto social, es un indicador del desarrollo social emocional normal.

De esta manera, una relación de apego seguro facilita el desarrollo del cerebro derecho, promoviendo la regulación afectiva normal, y fomenta la salud mental infantil adaptativa. Se sabe que la calidad del apego temprano afecta a las relaciones sociales posteriores de la vida. Es más, se concibe que el nivel de actividad opiácea entre una madre y su hijo puede no sólo afectar las conductas de la infancia, sino al desarrollo del estilo individual de compromiso y la búsqueda de relaciones de apoyo ulteriores en la vida.

Se puede concluir que los pacientes obsesivos, con estilos de apego inseguros, reflejan efectos perjudiciales duraderos, que *disminuyen la capacidad de modular la activación fisiológica, desarrollar relaciones sanas y afrontar el estrés.*

En resumen, aunque Millon *et al.* (1994) descartan el papel de las influencias biológicas como factores etiológicos en la personalidad del paciente obsesivo, las investigaciones refuerzan el modelo biopsicosocial para explicar la personalidad de los pacientes TOC. Se observan con frecuencia experiencias perinatales traumáticas, riesgo de aborto, estrés materno, problemas emocionales de la pareja parental y un apego inseguro que *generan déficits de integración cerebral haciéndolos vulnerables al control del estrés.* Los pacientes TOC combaten este hándicap por medio del *uso hipertrofiado de las funciones racionales*, contribuyendo a la falta de habilidades para el manejo emocional, lo cual alimenta la vulnerabilidad frente al estrés.

Evitación del mundo intrapersonal

Como se ha explicado, las experiencias perinatales traumáticas y el apego inseguro hacen que se sea especialmente vulnerable a las experiencias tempranas negativas que el futuro obsesivo vive, las cuales van a generar una estructura de personalidad con una serie de rasgos defensivos.

Dentro de estas experiencias negativas se pueden encontrar situaciones de sufrimiento propio o vicario, o carencias en las necesidades básicas de afecto, control e inclusión del niño. Un ambiente marcado por el sufrimiento o donde las propias figuras parentales son una amenaza para el niño. En muchos casos se observan experiencias traumáticas como separaciones tempranas, hospitalizaciones, maltratos, abusos.

Pero con frecuencia el tipo de experiencias que dan origen al esquema defensivo en los pacientes TOC son del tipo de traumas ocultos. Estas experiencias suelen ser el desencadenante del miedo al dolor y de otros miedos específicos externos e internos que suelen estar más relacionados con la forma en que el niño valora, interpreta y piensa de sí mismo, respecto a la situación, que con respecto de la naturaleza de la misma.

La indefensión con que se vive el sufrimiento suele estar asociada a una creencia de vulnerabilidad, como por ejemplo “soy débil, no lo puedo soportar o estoy indefenso”. Por lo que se activan defensas dirigidas a evitar el sufrimiento que se extiende a otros aspectos del mundo intrapersonal. Este subsistema de evitación de la amenaza interoceptiva requiere un análisis en profundidad.

Los valores y modelos de las figuras educativas, especialmente las parentales, a lo largo del desarrollo pueden influir en generar creencias reflejas del tipo “no debo sentir ciertas emociones”, dando lugar a la despersonalización, común en los TOC, donde están desconectados de ciertos afectos.

También ciertas creencias referentes a lo que es ser una persona valiosa o una buena persona se encuentran en el origen de esta defensa, ya que los aspectos que no están incluidos en la definición van a ser relegados a cargo de tendencias de acción mentales como la negación, evasión, supresión, olvido y disminución de conciencia en general.

Si se ha aprendido que una persona valiosa es fuerte y esto implica no sentir miedo, no pedir ayuda, en suma, no ser vulnerable, la respuesta es que estos aspectos van a ser relegados de la conciencia por diferentes mecanismos mentales encargados de la defensa interoceptiva.

El pensar que se es una “mala persona” por pensar algo negativo de los padres genera la idealización de las figuras parentales, algo también frecuente en este tipo de pacientes. Asimismo, haber aprendido que una buena persona no tiene emociones negativas como la envidia, ni siente ciertos deseos sexuales, ni hostilidad, tiene como consecuencia que estos aspectos van a ser excluidos de la conciencia.

Por otro lado, los contenidos condicionados al sufrimiento activan complejos mecanismos de defensa que van a proteger del dolor por medio de las obsesiones y compulsiones. Una defensa exitosa se convierte en un hábito, constituido por las maniobras utilizadas para mantener disociados los contenidos inconscientes. Ello explica porqué los pacientes obsesivo-compulsivos son extraordinariamente miedosos ante ciertos contenidos mentales internos, como también ante los indicios externos que aluden a dichos contenidos.

En resumen, los mecanismos de defensa más frecuentes en los pacientes TOC son despersonalización, negación, evasión, supresión, olvido, disminución de conciencia, idealización, aislamiento, anulación retroactiva, formación sustitutiva, formación reactiva y obsesión.

Todo lo anterior contribuye a la falta de habilidades para el manejo emocional, alimentando el temor al mundo emocional. De esta manera se refuerza la necesidad de control y la disociación. Las acciones mentales utilizadas por el sistema de acción encargado de evitar la amenaza interna que supone el dolor, activan como respuesta condicionada de tipo interno la disminución del nivel de conciencia que incluye mareos o vértigos, distracción o actitud ausente, confusión o aturdimiento, nebulosidad y la despersonalización.

Hipervigilancia y evitación

Otra consecuencia es que se activa la vigilancia ante las áreas de peligro relacionadas con ciertos afectos y con el mundo intrapersonal.

El miedo al miedo da origen a muchas fobias por procesos de condicionamiento, ante los que la evitación es la respuesta, que puede estar más o menos generalizada ante ciertos estímulos. La evitación suele estar alimentando muchas resistencias, y en determinados casos puede llegar a extremos y constituir una parte muy poderosa que puede llevar a boicotear la terapia.

La evitación puede estar dirigida hacia amenazas exteriores (física, social) como también hacia la amenaza interna (contenidos mentales, afectos, partes) y puede manifestarse por medio de acciones conductuales de huida como estar muy ocupado, el uso de drogas, el sexo, las compras, etc., con el objeto de bloquear o

prevenir la emoción temida. Es bien sabido cómo el vacío mental, la falta de ocupación y el ocio suelen ser disparadores de ansiedad y obsesiones, ya que aluden al mundo interno, sede de contenidos temidos.

Autoexigencia

Otro aspecto relacionado con la influencia de los modelos parentales es que dentro de la defensa interoceptiva se pueden generar tendencias de acción de nivel inferior de tipo sociopersonal simbólico que incluyen acciones de imitación de los citados modelos y de su relación con el niño. A lo largo del proceso de socialización se van interiorizando los modelos, llegando un momento en que ya no se necesitan porque están instalados en el interior.

De esta manera un modelo externo exigente, punitivo o desvalorizador queda como una introyección, que desde el interior de la persona traumatizada por un tipo de relación parental basada en el castigo y la crítica alimenta la exigencia, la crítica o desvalorización desde el propio interior.

Inseguridad y carencias en autoestima

Una personalidad integrada es un logro evolutivo que depende de las condiciones en el medioambiente materno-infantil uterino, del apego, de los patrones de comunicación con los padres y del tipo de experiencias a lo largo del desarrollo.

Los estados de ansiedad a lo largo del desarrollo son un factor que impide la integración, dando lugar a estados del yo sin integrar en diferente medida, llegando en casos extremos a una total disociación de los mismos. Los temores que el paciente TOC vive desde la indefensión y la vulnerabilidad van a influir en la existencia de un *estado emocional inseguro* sin integrar debido a los estados de miedo o ansiedad que se inician tempranamente y se extienden a lo largo del desarrollo.

Pero también el grado de satisfacción de las necesidades interpersonales del niño en cuanto afecto, control e inclusión van a afectar al grado de seguridad y al nivel de autoestima.

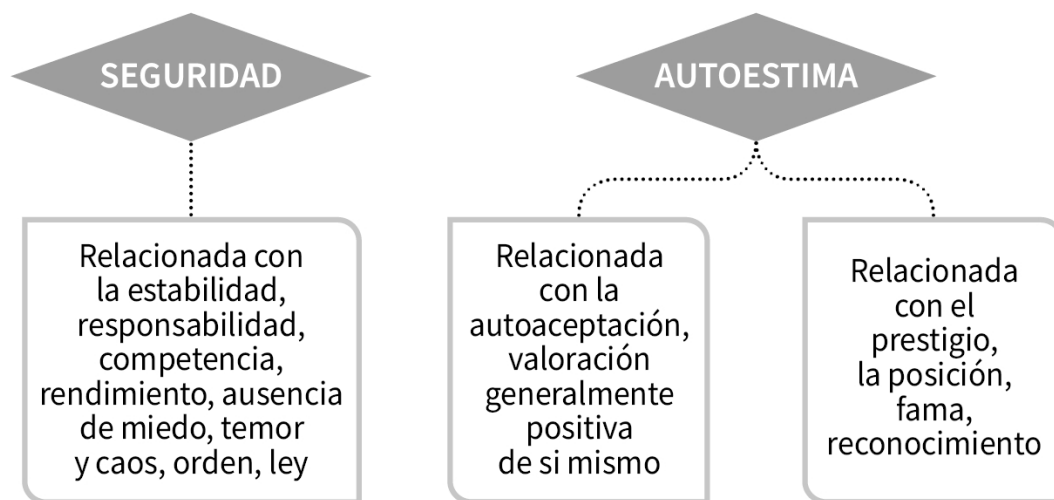
Estados del yo aislados, sin integrar en el sistema, pueden quedar fijados en esas necesidades sin cubrir. Los aspectos citados permiten deducir la existencia de dos factores motivacionales para explicar la personalidad del obsesivo. La necesidad de apoyo y de

afecto, control e inclusión, que remiten a carencias de seguridad y autoestima. Sin embargo, las creencias nucleares negativas acerca de la autoestima suelen estar sujetas a la defensa interoceptiva debido a la carga de sufrimiento que conllevan.

Muchas son las repercusiones que la carencia en necesidades personales (seguridad y autoestima) y en necesidades interpersonales (afecto, control, inclusión) tienen a la hora de generar rasgos frecuentes que se dan en la personalidad de los pacientes obsesivos.

Según la teoría de Schutz (1966, 1978) del “Simbolismo Interpersonal” se establecen relaciones entre necesidades interpersonales y rasgos de la personalidad. De forma que cuando necesidades interpersonales de afecto, control o inclusión se encuentran sin cubrir se producen importantes patrones en la conducta interpersonal que contribuyen a la formación de rasgos estables de la personalidad. A continuación, se muestran las implicaciones en cuanto a ciertos rasgos de personalidad de los obsesivos.

Figura 17. Necesidades personales



Amabilidad y necesidad de complacer: obediencia, sumisión, respeto a las normas

El afecto se refiere al nivel de cercanía o intimidad personal en que uno se encuentra cómodo en las relaciones (Schutz, 1966). El

sentimiento de amabilidad está muy vinculado al afecto. Tanto los sujetos poco personales como las personas demasiado personales expresan conflictos sobre sentimientos de amabilidad en el área del afecto.

Según cita Neimeyer (1997): “la inclusión se refiere a la orientación social general de cada uno, indica el grado de implicación social con el que la persona se siente cómoda” (p. 193). Schutz (1966) señala que la inclusión está relacionada con los sentimientos de valía personal; es la necesidad de sentirse valioso y significativo. Los tipos de conducta extremos se califican de poco sociables (introvertido y reservado) o demasiado sociales (extrovertido). Considera que las personas poco sociales sienten que nadie está interesado en ellas, mientras que las personas demasiado sociales buscan centrar la atención en ellas mismas, ser escuchadas, hacerse notar para estimular la autoestima. Ambos extremos expresan conflictos de valía personal.

La búsqueda de complacer es un medio de obtener afecto e inclusión, aunque también se puede utilizar para la evitación del castigo que resulta de experiencias tempranas de aprendizaje, de los valores y las expectativas familiares.

El papel de las pautas educativas en el TOC ha sido estudiado, y se sabe que afectan no sólo al desarrollo neurológico del niño sino también a rasgos de su personalidad. Pautas educativas frecuentes son el sobrecontrol parental y una disciplina rígida y estricta donde el castigo tiene un papel relevante si el niño no se comporta como se le exige o no cumple las expectativas de los padres. Ello se traduce en formas de actuar basadas en los valores y expectativas familiares que, debido a su utilización frecuente, constituyen posteriormente rasgos de la personalidad como ser obediente, trabajador y sumiso. Su finalidad es obtener una vía de refuerzo y evitar el castigo.

En el primer estadio del desarrollo neurológico, el niño estuvo sometido a un ambiente muy rígido y estructurado. En el segundo, el estadio de autonomía sensomotora, frente a los deseos del niño de ser asertivo y desobedecer, los padres responderán con una disciplina dura, negándole el amor y apoyo, imponiendo restricciones físicas. De esta forma el niño no podrá alcanzar el

sentimiento de competencia y tendrá miedo de desviarse de la norma, evitando actuar de forma impulsiva. El tercer estadio neuropsicológico se caracteriza por asumir iniciativas que en estos casos quedan abortadas, malogrando las oportunidades de encontrar su propia identidad y asumiendo la imitación de modelos parentales.

Con frecuencia, padres de las personas con TOC suelen ser obsesivos también con una vida donde nada se deja al azar. Se impone seguir rigidamente unas normas inflexibles y castigar cuando no se cumplen. Todo ello tiene claramente unas repercusiones en la personalidad del niño que aprende que para evitar el castigo debe cumplir las normas y expectativas de sus padres.

Según apuntan Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2008) la primera categoría de los sistemas de acción de la vida cotidiana ayuda a las personas en sus esfuerzos para adaptarse a la vida cotidiana; la segunda categoría corresponde a los sistemas de acción asociados a la defensa frente a amenazas importantes y a la recuperación.

Si bien la evolución nos ha preparado para las tareas de la vida cotidiana y para sobrevivir bajo las amenazas, no somos capaces de implicarnos con facilidad en ambas cosas simultáneamente. Así, cuando una y otra son necesarias, particularmente durante largos períodos de tiempo, algunas personas recurren a una división un tanto rígida de su personalidad con objeto de abordar estos objetivos tan discrepantes y sus correspondientes actividades asociadas.

Cuando ciertas amenazas relacionadas con las diferentes formas de castigo físico, emocional o divino están presentes en la vida cotidiana, es fácil que no se puedan dar las condiciones para que se efectúe una buena integración entre las partes de la personalidad que se encargan de la vida cotidiana y las que se encargan de la defensa. La parte de la personalidad encargada de la defensa queda fijada en las experiencias de castigo como consecuencia de una traumatización crónica.

Hiperresponsabilidad

El control se refiere a la capacidad de ejercer influencia en otros o estar influido por otros, sobre todo en lo relativo a procesos de toma

de decisiones. Tener control lleva a la sensación de responsabilidad y competencia. La cuestión de poder es relevante en esta necesidad de control: el control sobre los otros permite tener control sobre el futuro, mientras estar bajo el control de los otros genera el sentimiento seguro de estar protegido por el otro. Ambos extremos expresan conflictos respecto a la competencia y el control.

El paciente obsesivo se suele hacer *responsable de los sentimientos ajenos*, como medio de controlar el propio sufrimiento y evitar la culpa. Debido a esta necesidad procuran controlar sus actos y sus palabras, alejándose en ese afán de sus sentimientos y, a la vez, de los sentimientos de los demás. Por esto, aunque son educados, además de buenos compañeros, cuidadores, fieles y responsables, les resulta difícil empatizar. Sus relaciones son frías y formales, con grandes dificultades para mostrar emociones (incluidas las positivas), y se rigen principalmente por la razón.

Perfeccionismo

El perfeccionismo es también un medio de satisfacer necesidades no cubiertas como de evitar el sufrimiento. El perfeccionismo en el obsesivo puede llegar a constituir un rasgo de su personalidad o limitarse a un ámbito o actividad específica, según el caso.

Puede abarcar uno o varios roles (cuidado, relaciones, estudio, moral, etc.) y se manifiesta por medio de tendencias de acción de distinto nivel como creencias, acciones conductuales o impulsos.

Muchas son las tendencias de acción implicadas en el perfeccionismo como creencias alimentadoras que asocian la valía personal al éxito o la excelencia y a la consecución siempre de los objetivos propuestos, que se analizan en detalle más adelante.

Algunas creencias inadaptativas, errores lógicos y pensamientos automáticos que suelen tener las personas con TOC, en relación al perfeccionismo, que es frecuente encontrar son: “tengo que hacer el trabajo perfectamente”, “debo repetir este trabajo para estar seguro de que lo he hecho bien”, “para ser valioso no me puedo equivocar nunca”, “equivocarse es fracasar”, “yo ya sé lo que está bien”, “si no lo hago yo, nadie lo hará bien”.

Pero también el perfeccionismo, plasmado en una consigna específica, es la válvula de seguridad con la finalidad de defender

del sufrimiento asociado a ciertas amenazas y que tiene gran relevancia de cara a alimentar obsesiones y compulsiones.

Resumen

Como resumen, se resaltan algunos aspectos clave de la personalidad de los pacientes TOC:

Dificultades para el control emocional. Combaten este hándicap por medio de la evitación y del uso hipertrofiado de las funciones racionales.

Fobias afectivas que dan lugar a un esquema defensivo donde la despersonalización y la retracción de la conciencia de ciertos contenidos tienen un papel determinante. Reprimen parte de sus emociones. Les cuesta muchísimo percibir ciertas emociones y percepciones tanto en ellos como en los otros. En las relaciones interpersonales; no se relajan; no actúan con espontaneidad, empatía o impulsos afectivos.

La hipervigilancia ante lo que consideran áreas de peligro. La atención suele ser estrecha, restringida y concentrada en relación a situaciones que les generan ansiedad, por lo que se centran demasiado en los detalles, lo que les impide tener una visión global.

Suelen utilizar la evitación frente a las fobias que presentan pudiendo llegar a constituirse como un rasgo de personalidad.

Se ponen como objetivos logros de alto nivel, y consiguen lo que consiguen, nunca están satisfechos con lo que hacen. Pueden ser muy exigentes y punitivos como resultado de la introyección de modelos a lo largo del desarrollo.

Las carencias tanto en necesidades de seguridad y autoestima como de afecto, control e inclusión tienden a generar rasgos frecuentes en la personalidad del obsesivo como amabilidad y necesidad de complacer por medio de la obediencia, sumisión y respeto a las normas, el control sobre el entorno, hiperresponsabilidad, incapacidad para tomar decisiones y perfeccionismo.

El TOC y su función dentro de la estructura del mundo interno

La función de la obsesión es proteger del fallo a la parte constituida por un *cluster* de tendencias de acción defensivas que salvaguarda

frente a la vulnerabilidad que supondría tomar conciencia del dolor generado por los contenidos constituyentes del TN. El TN hace referencia a una constelación de temores a sentir ciertas emociones asociadas a vulnerabilidad (pánico, culpa, tristeza, desesperación, etc) y a contenidos mentales relacionados con amenazas de tipo social y/o físico y a la amenaza interna que suponen percepciones inasumibles sobre sí mismo (creencias nucleares o partes disociadas).

Las líneas defensivas están enfocadas a mantener disociado lo doloroso mediante la retracción de los contenidos de la conciencia (creencias, percepciones, emociones, recuerdos, partes disociadas), en relación al pasado, presente y futuro, que se activan selectivamente en función de disparadores como lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso, dando lugar a las obsesiones.

Como se mostró en capítulos anteriores, el TOC implica un problema de traumatización compleja, de una tipología específica, como resultado de una disociación estructural de segundo orden, donde hay una PAN y varias PES que mantienen un tipo de conexión compleja dependiendo no sólo de la traumatización que da lugar a las obsesiones, sino también de la configuración específica, estructural y funcional de cada caso.

Hay casos donde el problema obsesivo-compulsivo es un síntoma más, dentro de un Trastorno Disociativo. En cualquier caso, haya Trastorno Disociativo o no, hay que conocer la función de la sintomatología obsesiva en relación con la configuración estructural del mundo interno.

En el caso de una paciente con TID, cualquier intento de conectar con una de las PAN era el disparador que activaba obsesiones que tenían la función de abortar la intervención. Se podría considerar que en este caso las obsesiones protegían a una PAN de otra PAN, es decir las obsesiones protegen a una parte disociativa de otra parte disociativa. Una PAN se caracterizaba por ser insegura, dependiente, cariñosa y deseaba tener una familia con hijos, rechazando el rol de mujer y aspectos asociados con la libido, las características físicas femeninas y la sexualidad. Otra PAN contenía las características de mujer, incluida la libido, siendo independiente, ambiciosa profesionalmente y repudia tener marido y familia.

Este caso, fue tratado inicialmente con psicofármacos y terapia cognitivo-conductual, como consecuencia de la aparición de sintomatología obsesiva que desencadenó una depresión. Solicita de nuevo terapia cuando llevaba casada varios años. Expone que no ha consumado el matrimonio y que tiene terror patológico a las relaciones sexuales. Ante la presión de su marido, acude a terapia para abordar el problema sexual.

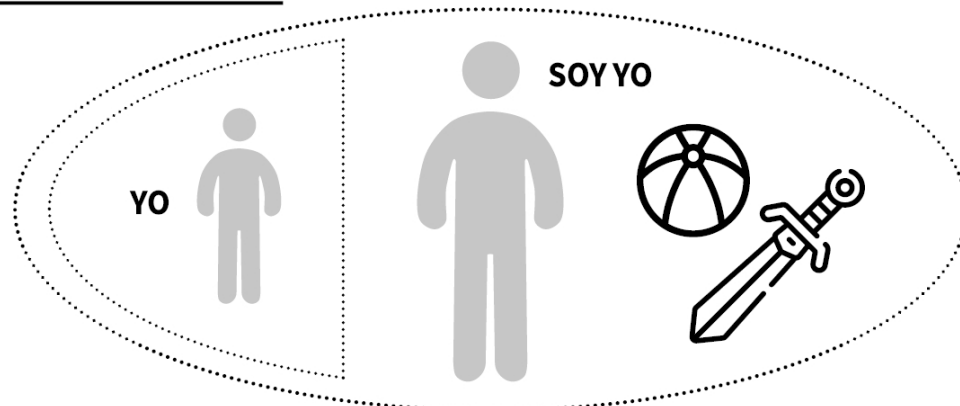
Cualquier intento de acercamiento al problema tiene como consecuencia la activación de nuevas obsesiones del tipo ¿y si el problema sexual es porque en realidad no quiero a mi marido?; ¿y si el problema es que soy homosexual? Estas obsesiones le generan tal sufrimiento que desembocan en fuertes estados depresivos, de forma que consigue boicotear el motivo de consulta.

Puede observarse cómo en este caso, las obsesiones ayudan a mantener separada a una PAN de la otra. La relación sexual es la amenaza para una PAN de que se active la PAN mujer, con lo que la obsesión, al generar tanto sufrimiento y atrapar la atención, hace desistir de solucionar el problema.

Pero también hay ocasiones en que el TOC pertenece al ámbito de una parte disociativa, y cuando se activa otra parte disociativa desaparecen los síntomas obsesivos.

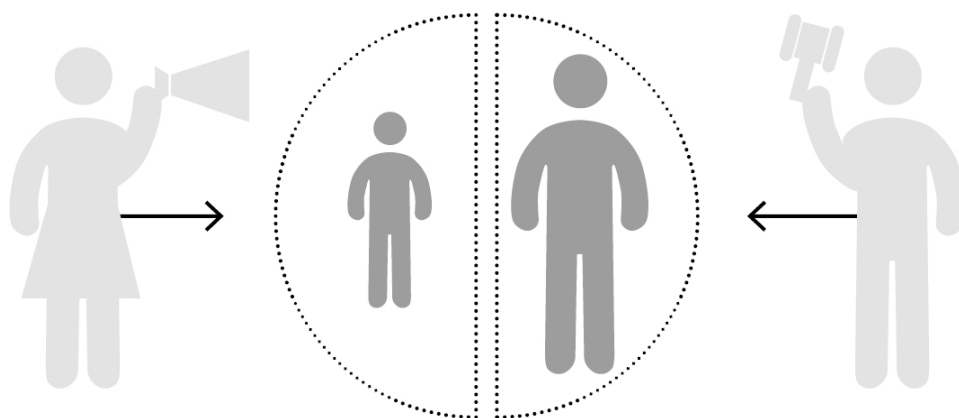
El dibujo de más abajo muestra un paciente con obsesiones, con Trastorno Disociativo, donde se observa que hay dos PAN. Como puede observarse, las partes a cargo de las tendencias de acción implicadas en las obsesiones, espada (controlar) y pelota (retracción de conciencia) se encuentran sólo en una parte disociativa denominada “soy yo”. Pero se puede ver que hay otra parte que también denomina “yo”.

Figura 18. Caso TOC y TID



El dibujo de abajo muestra otro caso de Trastorno Disociativo no especificado, donde se puede distinguir un yo adulto y un yo infantil (12 años) disociados, con autonomía y que no se reconocen. Asimismo, hay otras partes que son introyecciones, tanto de la figura paterna como materna.

Figura 19. Caso TOC y TID



Según la parte que se active, adulto o niño, frente a un mismo disparador, se va a producir una respuesta a la obsesión diferente. Si es el estado adulto, no cede a las compulsiones, mientras que, si responde el estado infantil, va a ceder a los rituales.

Es por tanto imprescindible una conceptualización de cada caso, entendiendo el modo y función que tienen las obsesiones en el mundo interno, para la planificación de los objetivos terapéuticos. En

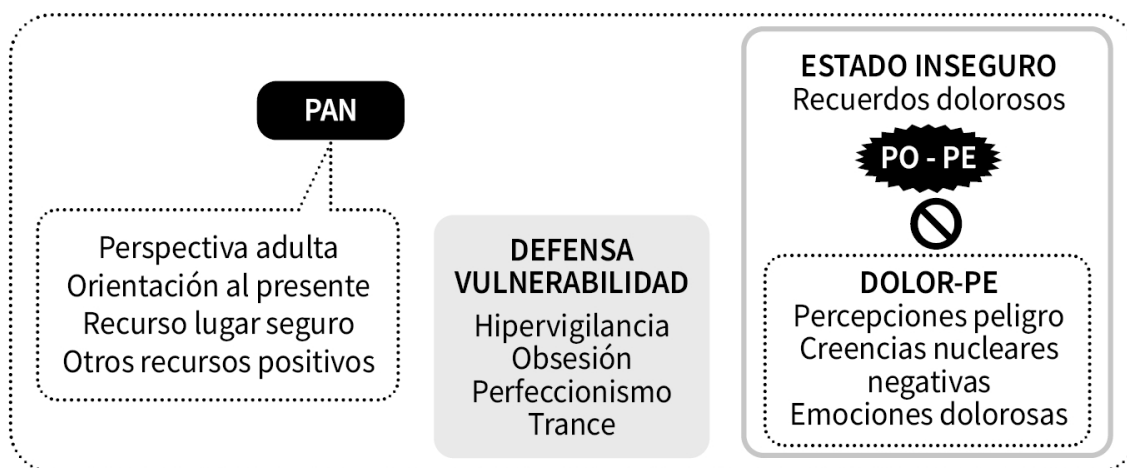
líneas sucesivas se irá mostrando el mapa funcional estructural y la función de las obsesiones, en distintos casos.

Ejemplo 1

En este caso la PAN tiene perspectiva adulta, orientación al presente, recurso del lugar seguro y otros recursos positivos. Hay un yo inseguro sin integrar con una parte emocional que contiene la información bloqueada del proceso obsesivo-compulsivo y otra parte emocional, almacenada disfuncionalmente, a nivel subcortical, con la información en relación al TN (percepciones de peligro, creencias nucleares negativas y emociones dolorosas).

La defensa vulnerabilidad utiliza la obsesión para proteger a la PAN de la conciencia de la información almacenada disfuncionalmente, por debajo de la conciencia, dentro de un estado inseguro sin integrar.

Figura 20. Defensa vulnerabilidad protege a la PAN frente al dolor de la PE



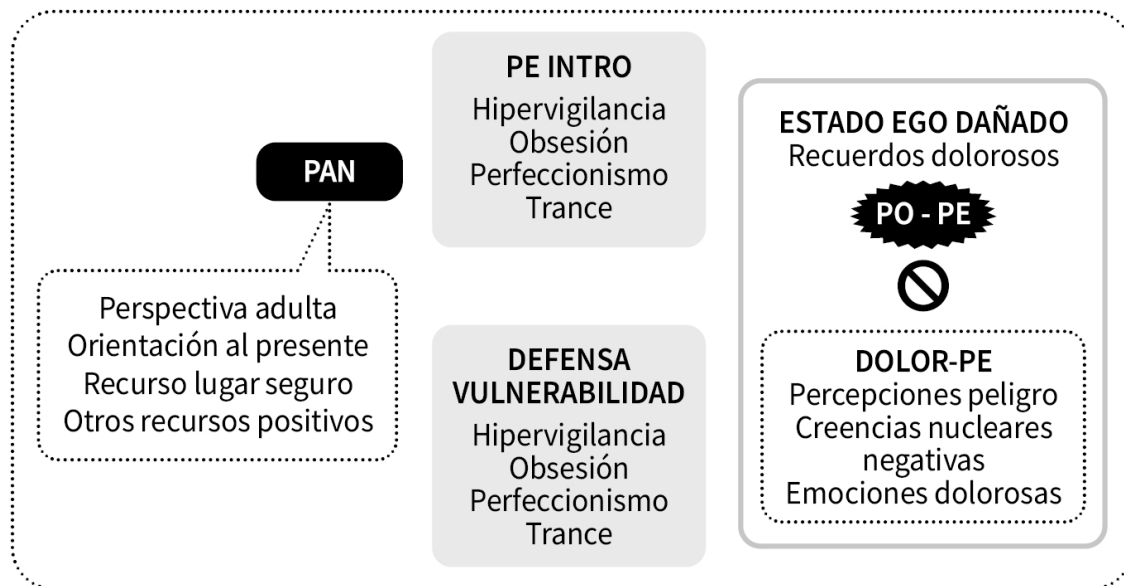
Ejemplo 2

En este caso también la PAN tiene perspectiva adulta, orientación al presente, recurso del lugar seguro y otros recursos positivos.

Hay una parte emocional (PE INTRO) que es una introyección paterna que dispara la defensa vulnerabilidad. La defensa vulnerabilidad constituye una parte que defiende a la PAN del yo dañado, que es una PE disociada. Esta parte emocional es un estado del ego dañado y disociado, dentro de cuyas redes se encuentra la información bloqueada del proceso obsesivo-compulsivo y otra red, con información almacenada

disfuncionalmente, a nivel subcortical, que contiene el dolor con percepciones, creencias nucleares negativas y las emociones dolorosas que vive desde la vulnerabilidad.

Figura 21. Defensa vulnerabilidad protege a la PAN de un estado disociado

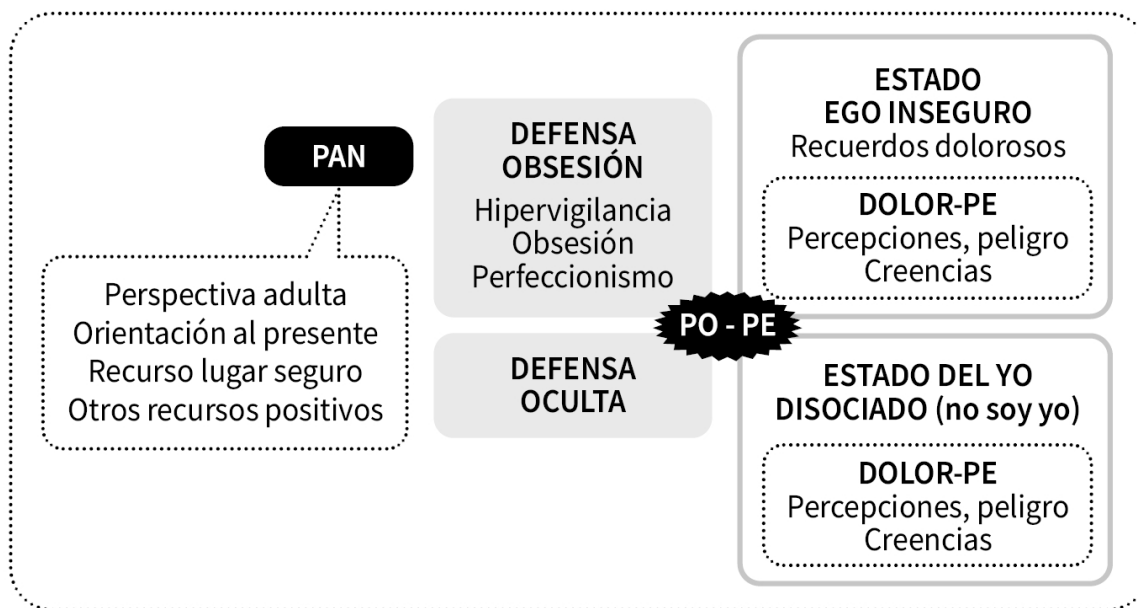


Ejemplo 3

En este caso, la PAN tiene perspectiva adulta, orientación al presente, recurso del lugar seguro y otros recursos positivos.

La defensa obsesiva protege del dolor contenido en distintas partes disociativas. Por un lado, protege la PAN de la conciencia del dolor de la PE de un estado del ego inseguro, y por otro, intenta mantener disociado de la conciencia un estado del ego inaceptable para la autoestima.

Figura 22. Defensa vulnerabilidad protege del dolor de distintas partes

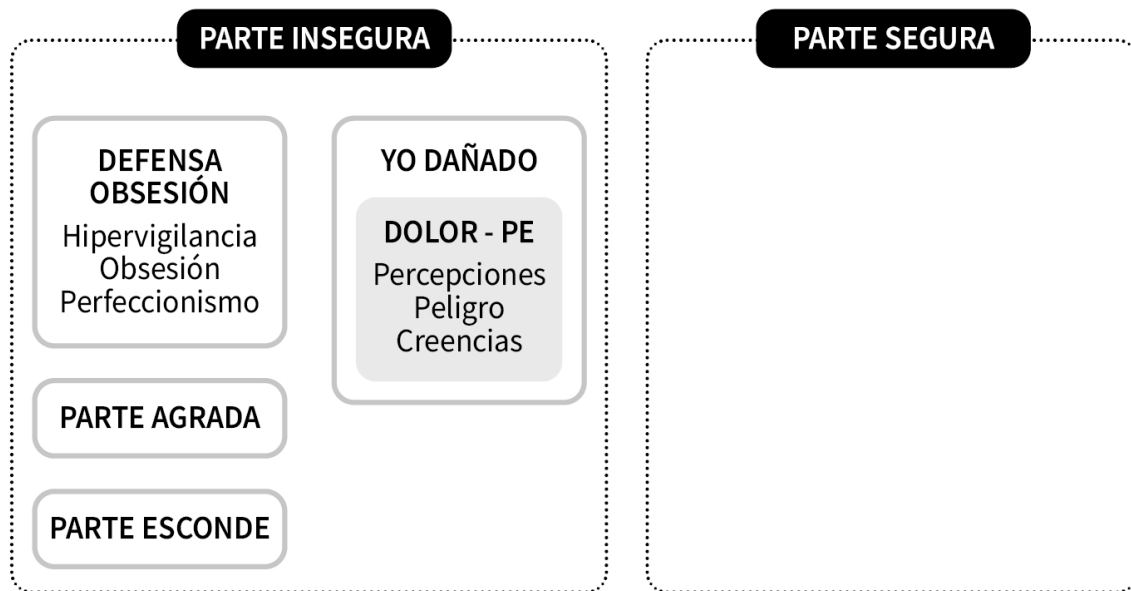


La información bloqueada del proceso obsesivo-compulsivo se encuentra en otra red.

Ejemplo 4

En este caso, se pueden observar dos PAN, una segura y otra insegura. La defensa obsesiva protege a la parte insegura de la conciencia del dolor de un estado dañado. Sólo en el estado inseguro aparecen obsesiones. La información bloqueada del proceso obsesivo-compulsivo se encuentra en la red de esta PAN insegura.

Figura 23. Defensa vulnerabilidad protege a una parte insegura disociada de la conciencia del dolor de un estado dañado



[PARTE 2] Evaluación

Capítulo 9 / Evaluación

Introducción

La evaluación de un paciente obsesivo requiere el uso de diferentes medios e instrumentos que, en función de la preparación y orientación de cada terapeuta, pueden ser diferentes. Aunque hay que hacer notar que no es necesaria la aplicación, en todos los casos, de la totalidad de los instrumentos de evaluación propuestos para realizar una buena conceptualización de un caso.

En este libro se propone el uso de algunos instrumentos evaluativos de tipo general y se muestran otros específicamente elaborados para la evaluación de los aspectos del Modelo Estructural Funcional de las Tres Fases del TOC y que son de utilidad para la conceptualización e implementación del tratamiento propuesto.

Este capítulo muestra un amplio abanico de instrumentos para la evaluación de los trastornos obsesivo-compulsivos mediante el uso de pruebas objetivas, cuestionarios generales y específicos, el uso de técnicas floatback y el trabajo con partes.

Dentro de las pruebas objetivas se propone el uso del SCL-90, el IPDE, la Escala Yale- Brown (específica para el TOC)

Entre los cuestionarios son relevantes los que evalúan las creencias como el Cuestionario de Creencias Inadaptativas o el Inventario de Ideas Obsesivas.

Otros cuestionarios que aportan información importante son el Cuestionario de Sufrimiento, Ambiente familiar y Traumas y el que recoge la Historia y evolución del problema obsesivo-compulsivo.

También se recomienda el uso de muestras y registros adaptados al problema.

Dentro de las técnicas floatback se mostrarán la técnica de flotar atrás, el puente afectivo y el puente somático.

Es el clínico, según su juicio, el que tiene que elegir cuáles de ellos considera más idóneos para conceptualizar cada uno de los casos, insistiendo que no es necesaria su aplicación en la totalidad de los casos.

A continuación, se hace una breve descripción de varios de los instrumentos y medios. Algunos, específicamente formulados para el TOC, se muestran detalladamente en los siguientes capítulos.

Pruebas objetivas

Las pruebas objetivas propuestas permiten evaluar síntomas (eje I) y personalidad (eje II).

Por su facilidad de aplicación y corrección, se recomiendan:

Diagnóstico Eje I: SCL-90-R. (DEROGATIS, versión española González Rivera, De Las Cuevas, 1998), consiste en 90 ítems sobre síntomas relacionados con varios aspectos de la psicopatología. El encuestado marca el grado en el cual el síntoma, en la semana anterior, le causa molestia en una escala que va desde 0 hasta 4. Es un cuestionario de contestación rápida que nos ofrece un perfil de las dimensiones sintomáticas de los pacientes. Las subescalas incluyen somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

Es recomendable porque permite evaluar los síntomas preponderantes en la patología obsesiva como el nivel de ansiedad, ansiedad fóbica, obsesiones-compulsiones, hostilidad y depresión.

Diagnóstico Eje II: IPDE (módulo DSM-IV), consiste en 77 ítems sobre síntomas relacionados con rasgos correspondientes a trastornos de la personalidad: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista, límite, obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo. El encuestado responde con verdadero o falso. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno y debe ser entrevistado. Utilizamos esta prueba para medir si existen puntuaciones significativas en distintos trastornos de la personalidad como límite, obsesivo-compulsivo, evitación, etc.

Escala Yale-Bromn para TOC en español (Y-BOC) (Goodman *et al.*, 1986). Adaptación española: Bobes, Bousoño y González (1989, 1994). Diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología de los pacientes con diagnóstico TOC sin que se

vea influida por el tipo o número de las mismas. Además de la severidad de los síntomas permite la evaluación de su respuesta al tratamiento, por lo que está indicada en investigación. Estudia, tanto en obsesiones como en compulsiones, el tiempo malgastado, la interferencia, el distrés, la resistencia y el control. Las preguntas se presentan en forma de entrevista semiestructurada. El terapeuta posee las preguntas en hojas donde puntúa los ítems.

Consta de una relación de 64 ítems, agrupados en 15 categorías y debe administrarse cada vez al inicio de la sesión, pudiendo revisarse a lo largo del tiempo para introducir modificaciones si van cambiando los síntomas. Después el paciente debe concentrarse en las tres obsesiones y compulsiones que le produzcan mayor malestar. Cada ítem se evalúa en términos de su duración, interferencia, malestar, resistencia y control mediante una escala de 0 (ausencia del síntoma) a 4 (síntomatología extrema).

Cuestionarios

Por medio de cuestionarios se evalúa disociación, creencias (inadaptativas, bloqueantes, ideas obsesivas), la historia del problema obsesivo-compulsivo (antecedentes y evolución de los procesos obsesivo-compulsivos), registro funcional de los procesos obsesivo-compulsivos, temores, biografía emocional (apego, cultura del sufrimiento, ambiente familiar y traumas).

Disociación (Cuestionario Steinberg), mide síntomas disociativos: amnesia, despersonalización, alteración del sentido de realidad, confusión de identidad y alteración de identidad. Este cuestionario solo se recomienda utilizar si se aprecian signos de disociación importante.

Creencias. Se mostró la importancia que tienen las creencias en este trastorno, por lo que es importante poder evaluarlas. Contamos con varios cuestionarios, que se describen a continuación.

Cuestionario de creencias inadaptativas (Davis, McKay, Eshelman), presenta 100 ítems a contestar entre verdadero y falso. Mide 10 creencias inadaptativas que son:

Idea nº 1: Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.

Idea nº 2: Se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.

Idea nº 3: Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.

Idea nº 4: Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.

Idea nº 5: Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.

Idea nº 6: Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

Idea nº 7: Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.

Idea nº 8: Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

Idea nº 9: El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.

Idea nº 10: La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

En pacientes con TOC, se ha observado que con frecuencia presentan puntuaciones elevadas en las ideas 1, 2, 4, 6.

El Inventario de ideas obsesivas (ICO) (Belloch, 2003), es un instrumento diseñado para evaluar las creencias disfuncionales del TOC: fusión pensamiento-acción tipo moral, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación del peligro, fusión pensamiento-acción tipo moral, responsabilidad excesiva e importancia de controlar los pensamientos, sobreestimación de la importancia de los propios pensamientos y rigidez de ideas.

Historia del problema obsesivo, donde se recoge la historia y evolución de obsesiones (Pinillos) y el registro funcional de los procesos obsesivo-compulsivos (Pinillos).

Cuestionario de Cultura del Sufrimiento, Ambiente familiar y Traumas (Pinillos) que recoge información detallada de

experiencias vicarias y propias de sufrimiento, así como distintas creencias implicadas.

Muestras, registros, diario.

Algunas se mostrarán en sucesivos capítulos.

Técnicas floatback (EMDR institute)

Se utilizan para encontrar experiencias conectadas con sensaciones físicas, emociones y creencias por medio de la técnica de flotar hacia el pasado, el puente afectivo y el puente somático.

Test muscular (Van Assche)

Mide la respuesta denominada AR, descubierta por Van Assche, que nos da información de que existe estrés. Se puede utilizar para conocer o corroborar el origen de un problema físico o emocional, la edad en que se originó, la emoción principal, las creencias implicadas, o cualquier aspecto que deseemos y al que no se puede acceder.

Evaluación por medio del trabajo con las partes

Trabajo imprescindible que permite conocer las partes implicadas en el problema obsesivo y su configuración estructural y funcional dentro del mundo interno.

Estrategia para la conceptualización de casos TOC a partir de la entrevista y técnicas floatback

Este es un instrumento específico muy útil que facilita la conceptualización de casos TOC que se desarrolla en el capítulo enfocado al módulo de instrumentos específicos para la evaluación de casos TOC.

*La conceptualización de cada caso resulta de conectar y cruzar la información obtenida por medio de los distintos instrumentos de evaluación.

Capítulo 10 / Módulo de instrumentos específicos para la Evaluación y Conceptualización de casos TOC

Antecedentes

En la evaluación del trastorno obsesivo hay que obtener información específica para poder realizar la conceptualización del caso, que se muestra en líneas sucesivas:

1. Los componentes del registro funcional de los procesos obsesivo-compulsivos en el presente
2. Historia y evolución del problema obsesivo-compulsivo (traumatización obsesiva)
3. La metacognición que alimenta el temor a la obsesión
4. Recuerdo alimentador de la catástrofe subyacente al miedo obsesivo
5. Recuerdos conectados con los disparadores de las obsesiones (lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso)
6. La experiencia de traumatización al fracaso defensivo, origen de la parte TOC y la consigna específica controladora perfeccionista, que alimenta la tendencia de acción obsesiva
7. El recuerdo fuente (experiencia de vulnerabilidad del sufrimiento ante un temor nuclear, los contenidos constituyentes del temor nuclear y la estructura defensiva que se forma como consecuencia)
8. Biografía emocional relacionada con las carencias de seguridad y la falta de autoestima

También hay que investigar si existe alguna resistencia o parte que se opone al éxito del tratamiento del TOC. En caso de no abordar este problema se pueden anticipar serias dificultades o el abandono del tratamiento.

Para obtener esta información se dispone de una serie de instrumentos específicos que se detallan a continuación y que se

complementa con una estrategia de conceptualización a partir de la entrevista y las técnicas flotar

En el TOC hay miedos más conscientes y otros que se intentan mantener fuera de la conciencia (los contenidos afectivos y cognitivos del TN). Entre unos y otros hay conexiones. Los disparadores de las obsesiones aluden o señalan a los contenidos del TN, según la naturaleza del disparador.

Es difícil entrever estas conexiones de forma intuitiva a través de los disparadores y los contenidos obsesivos. Las relaciones entre los temores y fobias accesibles a la conciencia y los temores constituyentes del TN, así como los recuerdos en que se sustentan, necesitan una estrategia específica que se muestra mediante la utilización de la Entrevista estructurada junto a las técnicas flotar como instrumento para la conceptualización de casos TOC. Siguiendo los pasos propuestos se van recorriendo contenidos fóbicos hasta llegar a los constituyentes del TN y se obtienen asimismo los recuerdos determinantes del problema obsesivo.

A continuación se van detallando estas herramientas y su aplicación.

Registro Funcional del TOC que refleja el proceso obsesivo compulsivo actual

En la evaluación es importante definir el proceso obsesivo compulsivo en la actualidad para cada contenido específico. El paciente debe tener información acerca de los componentes que conforman un proceso obsesivo compulsivo y con la ayuda del terapeuta saber cumplimentar el Registro Funcional del TOC.

El registro recoge los distintos aspectos involucrados en el proceso, reflejándolos en un diagrama funcional que incluye: los disparadores actuales para cada obsesión específica, tipo de obsesión (pensamiento, imagen, impulso) y contenido obsesivo, emociones, sensaciones y las respuestas neutralizadoras de las obsesiones, tanto de naturaleza cognitiva como conductual.

Tabla 5. Registro Funcional del TOC

[illegible]

Historia y evolución del problema obsesivo compulsivo

La TOB es un evento de estrés traumático continuado en el tiempo que se inicia con el primer episodio obsesivo compulsivo y se mantiene hasta el presente.

El propósito es recabar información de la historia del problema con los aspectos constituyentes que pueda recordar el paciente.

El terapeuta debe asegurarse, antes de elaborar con el paciente la historia del problema, que éste sabe identificar los componentes que conforman el proceso obsesivo compulsivo y es capaz de cumplimentar el Registro Funcional del TOC.

Se le pide al paciente que describa el inicio y la evolución del problema TOC desde que apareció, pasando por los episodios más perturbadores hasta el momento actual, especificando, si puede recordar, hechos perturbadores o cambios que habrían sucedido previamente a cada evento obsesivo. A medida que el paciente recorre los eventos debe describir los aspectos involucrados que recuerde en cada uno de ellos cómo son disparadores, el contenido y tipo de obsesión (pensamiento, imagen, impulso), la catástrofe subyacente temida y el recuerdo asociado, si lo hubiere, la compulsión y otras conductas de neutralización, pensamientos y los elementos perturbadores como emociones, sensaciones y percepciones.

Evento inicial obsesivo compulsivo

¿Cuál es el primer evento obsesivo-compulsivo que recuerdas? Dime si recuerdas algún suceso o cambio previo, la edad, el disparador de la obsesión, de qué tipo era la obsesión (pensamiento, imagen, impulso), el contenido obsesivo, las compulsiones o alguna acción que no podías realizar.

.

.....

.....

Evento obsesivo más perturbador

¿Cuál es el evento obsesivo-compulsivo más perturbador que recuerdas? Dime si recuerdas algún suceso o cambio previo, la edad, el disparador de la obsesión, de qué tipo era la obsesión

(pensamiento, imagen, impulso), el contenido obsesivo, las compulsiones o alguna acción que no podías realizar.

.

.....

.....

Procesos obsesivo-compulsivos actuales

Proceso obsesivo 1: *¿ desde cuándo lo padeces y cuál crees ha sido el suceso o cambio previo?*

.

.....

.....

¿ Cuáles son los disparadores?

.

.....

.....

¿ De qué tipo es la obsesión? (pensamiento, imagen, impulso)

.

.....

.....

¿ Y el contenido obsesivo?

.

.....

.....

¿ Y la catástrofe subyacente? ¿ recuerdas dónde apareció por primera vez ese temor?

.

.....

.....

¿ Tienes compulsiones? , ¿ cuáles?

.

.....

.....

¿ Alguna acción que no puedes realizar?

.

.....

.....

¿Cómo respondes internamente cuando aparece la obsesión, sea imagen o pensamiento o impulso?

.

¿Cuáles son las emociones, sensaciones y percepciones perturbadoras?

.

Proceso obsesivo 2 a n: *¿desde cuándo lo padeces y cuál crees ha sido el suceso o cambio previo?*

.

¿Cuáles son los disparadores?

.

¿De qué tipo es la obsesión? (pensamiento, imagen, impulso)

.

¿Y el contenido obsesivo?

.

¿Y la catástrofe subyacente? ¿recuerdas dónde apareció por primera vez ese temor?

.

¿Tienes compulsiones?, ¿cuáles?

.

¿Alguna acción que no puedes realizar?

.....
.....
¿Cómo respondes internamente cuando aparece la obsesión, sea imagen o pensamiento o impulso?

.....
.....
¿Cuáles son las emociones, sensaciones y percepciones perturbadoras?

.....
Se propone al paciente que dibuje una secuencia temporal/gráfica de la aparición y evolución del problema TOC a lo largo del tiempo, poniendo la edad de aparición en el eje x y la intensidad del síntoma en el eje y (puntuación entre 0 y 10, siendo 10 el máximo de intensidad) y especificando el contenido obsesivo.

Gráfico resumen de la historia y evolución del Trastorno Obsesivo-Compulsivo



La metacognición que alimenta el temor a la obsesión

Este tipo de creencia es clave en muchos casos TOC porque es un factor que influye en la adherencia a seguir el tratamiento ya que

alimenta el temor a la propia obsesión y la resistencia a dejar de utilizar las compulsiones y la evitación como estrategia de afrontamiento. A través del Cuestionario ICO se pueden determinar en cada caso las más relevantes, pero también a través de la entrevista se puede acceder a las mismas.

Se pasa a exponer cómo llevarla a cabo.

Trae un disparador con la obsesión a la mente y explícame el significado que tiene para ti la obsesión (se busca la creencia alimentadora del temor a la obsesión que es una metacognición de tipo: a) pensamiento acción-fusión b) pensamiento evento- fusión y c) pensamiento objeto-fusión). Investigamos por medio del listado de metacogniciones referentes a la intrusión obsesiva (ver listado más abajo) con cuál se identifica y posteriormente con cada obsesión sacamos la creencia negativa asociada.

¿Dónde lo aprendiste?

Metacogniciones frecuentes referentes a la intrusión obsesiva

- Cuando un pensamiento me angustia mucho, es lo mismo que la realidad o es más probable que se haga realidad
- Sí pienso o imagino algo negativo, estoy en peligro de que si no hago algo, afirme que lo he hecho en realidad
- Sí pienso o imagino algo negativo, estoy en peligro de que si no hago algo, ocurra lo que pienso
- Sí pienso o imagino algo negativo, estoy en peligro de que ocurra lo que pienso
- Estoy en peligro de que mis pensamientos provoquen lo que temo
- Tengo que hacer algo físico que me distraiga de pensar o sentir lo que temo
- Tengo que hacer algo que desconfirme que lo que pienso no es real y no sentir lo que temo
- Esta sensación negativa y los pensamientos negativos, me hacen creer que estoy en peligro de que ocurra lo que pienso
- Estoy en peligro por pensar algo que siento real o provoca la realidad

- Sí pienso que va a ocurrir algo negativo, aumenta la probabilidad de que suceda
- Si pienso algo negativo, de pensarlo va a ocurrir. Lo malo atrae a lo malo
- Tener un pensamiento indeseable indica que es lo que quiero en realidad
- Tengo la obligación de prevenir que no se produzca lo que pienso
- Si pienso o siento algo negativo, hay peligro de que lo haga
- Pensar en hacer algo negativo, es tan inmoral cómo hacerlo en realidad
- Si tengo pensamientos violentos, perderé el control y me volveré violento
- Si se piensa mucho en algo malo, es más fácil que suceda
- Tener un pensamiento blasfemo es el mismo pecado que hacer algo blasfemo
- Si yo sé que existe la posibilidad de que suceda algo malo, aunque sea muy poco probable, tengo la obligación de intentar prevenir que no se produzca
- Si tengo malos pensamientos significa que me gustaría llevarlos a cabo
- Desear hacer daño a alguien es tan malo como hacerlo de verdad
- Tener pensamientos obscenos o negativos indica que soy una mala persona
- Tener malos impulsos es tan malo cómo llevarlos a cabo
- Tener un pensamiento malo es lo mismo que hacer algo malo

Cultura de sufrimiento, ambiente familiar y traumas (Pinillos)

Este cuestionario permite investigar aspectos muy relevantes de la biografía emocional, como memorias implícitas perinatales, el apego, pautas educativas y de comunicación de los progenitores, creencias nucleares y defensivas disfuncionales, y traumas. Se complementa esta información con la obtenida a través de la entrevista para la anamnesis de casos TOC.

Datos del periodo de embarazo (sucesos relevantes, estado físico y emocional de la madre, relación entre los padres, abortos, etc.)

- Parto
- Orden de nacimiento de los hermanos
- Escena típica de la familia en la mesa

¿Observabas vulnerabilidad o sufrimiento en tu madre de niño/a? (expresión facial típica de tu madre)

- *¿Qué emociones percibías que sentía: depresión, miedo, rabia, ¿etc?*
- *¿Por qué?, ¿qué le había pasado?*
- *¿Qué aprendiste a pensar acerca del sufrimiento observando a tu madre?*

En caso de que te identifiques con alguna de las frases de más abajo, elige solo una, la que más se ajuste a lo que piensas y puntúala de 1 a 7 siendo 1: TOTALMENTE FALSO y 7: TOTALMENTE VERDADERO

Es insoportable

No se puede hacer nada para superarlo

Va a durar siempre

No se puede controlar

Hay que evitar el sufrimiento

- *¿Qué decía eso de ella como persona: débil, incapaz, vulnerable, cobarde, etc.?*
- *¿Qué aprendiste que tenías que hacer o ser para evitar o aliviar el sufrimiento de tu madre?*

¿Observabas vulnerabilidad o sufrimiento en tu padre de niño/a? (expresión facial típica de tu padre)

- *¿Qué emociones percibías que sentía: depresión, miedo, rabia, etc?*
- *¿Por qué?, ¿qué le había pasado?*
- *¿Qué aprendiste a pensar acerca del sufrimiento observando a tu padre?*

En caso de que te identifiques con alguna de las frases de más abajo, elige solo una, la que más se ajuste a lo que piensas y puntúala de 1 a 7 siendo 1: TOTALMENTE FALSO y 7: TOTALMENTE VERDADERO

Es insoportable

No se puede hacer nada para superarlo

Va a durar siempre

No se puede controlar

Hay que evitar el sufrimiento

- *¿Qué decía eso de él como persona: débil, incapaz, vulnerable, cobarde, violento, etc?*
- *¿Qué aprendiste que tenías que hacer o ser para evitar o aliviar el sufrimiento de tu padre?*

Había algo en relación a tu madre que te hacía sufrir de niño/a?

- *Edad*
- *¿Qué ocurrió?*
- *¿Qué fue lo peor?*
- *¿Por qué?*
- *¿Qué emoción sentiste?*
- *¿Con qué intensidad tuviste la emoción? (puntuá entre 0 y 10, siendo 10 el máximo de perturbación emocional)*
- *¿Qué pensaste en relación a esa emoción?*

En caso de que te identifiques con alguna de las frases de más abajo, elige solo una, la que más se ajuste a lo que piensas y puntuála de 1 a 7 siendo 1: TOTALMENTE FALSO y 7: TOTALMENTE VERDADERO

No puedo soportarla

Estoy indefenso ante esa emoción

No tengo fuerzas para superarla

No tengo capacidad para superarla

Me va a durar siempre

Soy débil para afrontarla

No puedo tener control

Tengo que evitar el sufrimiento

- *Con respecto a la experiencia, ¿cómo lo interpretaste?*
- *¿Qué decía eso de tu madre como persona?*
- *¿Qué decía eso de ti como persona?*
- *¿Qué consecuencias tuvo en tu vida esa experiencia?*
- *¿Qué cosas cambiaron en ti a partir de aquello?*
- *¿Qué aprendiste que tenías que hacer o ser para evitar o aliviar el sufrimiento?*

Había algo en relación a tu padre que te hacía sufrir de niño/a?

- *Edad*
- *¿Qué ocurrió?*

- *¿Qué fue lo peor?*
- *¿Por qué?*
- *¿Qué emoción sentiste?*
- *¿Con qué intensidad tuviste la emoción? (puntuá entre 0 y 10, siendo 10 el máximo de perturbación emocional)*
- *¿Qué pensaste en relación a esa emoción?*

En caso de que te identifiques con alguna de las frases de más abajo, elige solo una, la que más se ajuste a lo que piensas y púntualo de 1 a 7 siendo 1: TOTALMENTE FALSO y 7: TOTALMENTE VERDADERO

No puedo soportarla

Estoy indefenso ante esa emoción

No tengo fuerzas para superarla

No tengo capacidad para superarla

Me va a durar siempre

Soy débil para afrontarla

No puedo tener control

Tengo que evitar el sufrimiento

- *Con respecto a la experiencia, ¿cómo lo interpretaste?*
- *¿Qué decía eso de tu padre como persona?*
- *¿Qué decía eso de ti como persona?*
- *¿Qué consecuencias tuvo en tu vida esa experiencia?*
- *¿Qué cosas cambiaron en ti a partir de aquello?*
- *¿Qué aprendiste que tenías que hacer o ser para evitar o aliviar el sufrimiento?*

Alguna situación en la pareja de tus padres que te hizo sufrir de niño/a

- *Edad*
- *¿Qué ocurrió?*
- *¿Qué fue lo peor?*
- *¿Por qué?*
- *¿Qué emoción sentiste?*
- *¿Con qué intensidad tuviste la emoción? (puntuá entre 0 y 10, siendo 10 el máximo de perturbación emocional)*
- *¿Qué pensaste en relación a esa emoción?*

En caso de que te identifiques con alguna de las frases de más abajo, elige solo una, la que más se ajuste a lo que piensas y

puntúala de 1 a 7 siendo 1: TOTALMENTE FALSO y 7: TOTALMENTE VERDADERO

No puedo soportarla

Estoy indefenso ante esa emoción

No tengo fuerzas para superarla

No tengo capacidad para superarla

Me va a durar siempre

Soy débil para afrontarla

No puedo tener control

Tengo que evitar el sufrimiento

- *Con respecto a la experiencia, ¿cómo lo interpretaste?*
- *¿Qué decía eso de tu padre y de tu madre como personas?*
- *¿Qué decía eso de ti como persona?*
- *¿Qué consecuencias tuvo en tu vida esa experiencia?*
- *¿Qué cosas cambiaron en ti a partir de aquello?*
- *¿Qué aprendiste que tenías que hacer o ser para evitar, aliviar el sufrimiento?*

Otras experiencias sufrimiento

Contesta en la tabla siguiente las siguientes preguntas en relación a otras experiencias de sufrimiento que tuvieras: ¿qué ocurrió?, edad, ¿qué emociones sentiste?, ¿con qué intensidad tuviste la emoción?, ¿qué decía eso de ti como persona?, ¿qué consecuencias tuvo en tu vida esa experiencia?, ¿qué cosas cambiaron en ti a partir de aquello?

Refleja en el registro que se muestra en la Tabla 6 todas las experiencias de sufrimiento a lo largo de tu vida, incluyendo las anteriores. Intenta contestar los distintos aspectos que vienen reseñados en las distintas columnas.

Tabla 6. Registro de experiencias de sufrimiento

Nº	EXPERIENCIA	EDAD	EMOCIONES	INTENS. (0-10)	COGNICIÓN NEGATIVA	CONSECUENCIAS CAMBIOS
1						
2						
3						
4						
5						

La situación de sufrimiento más incontrolable

De todas las experiencias de sufrimiento que recuerdas haber tenido en tu vida, ¿cuál es la que te generó tal intensidad emocional que sentiste que no podías soportarla, controlarla, que era más grande que tú, que no había salida...?

¿Hubo alguna de esas experiencias de sufrimiento que viviste como un fracaso, del que te hiciste responsable?

Recuerdos alimentadores del TOC

Esta estrategia que incluye la entrevista y el uso de técnicas flotar, está enfocada a facilitar la conceptualización del caso. Se complementa con el cuestionario de Cultura de sufrimiento, ambiente familiar y traumas y con el trabajo con partes.

A continuación, se muestra cómo recabar información referente a los aspectos necesarios para hacer la conceptualización del caso.

Recuerdo alimentador de la catástrofe subyacente al miedo obsesivo

Usar solo una opción

a. ¿Qué temes si el contenido de la obsesión ocurriera? ¿Cuál es la catástrofe subyacente? ¿Recuerdas dónde apareció por primera vez ese temor?

.....

b. Imagínate, céntrate en la obsesión..., nota el miedo y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado, un tiempo pasado de tu vida, no busques nada concreto, y dime la primera imagen que te viene en donde aprendiste a temer (la catástrofe subyacente) sentimientos de miedo en la parte del cuerpo donde me dijiste.

Recuerdos conectados con los disparadores de las obsesiones

A continuación, se muestra la técnica del puente afectivo para investigar los recuerdos conectados con los disparadores que en el presente activan obsesiones. Se parte de cada uno de ellos. Entre los recuerdos que aparecen suele encontrarse la experiencia de la traumatización al fracaso defensivo (TFD) y el recuerdo fuente (RF).

Imagínate, céntrate en un disparador donde aparece la obsesión, nota la emoción y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida en donde sentiste -, en la parte del cuerpo donde me dijiste.

.....

La experiencia de traumatización al fracaso defensivo (TFD)

La experiencia de traumatización al fracaso defensivo, es el origen de la parte TOC y la consigna específica controladora perfeccionista, que alimenta la tendencia de acción obsesiva. A continuación, se muestran opciones de cómo acceder a ella usando la entrevista y las técnicas flotar. Elegir utilizar una de las opciones planteadas

a) A través del contenido obsesivo

Si piensas o imaginas que eso que te trae la obsesión, ocurriera, ¿considerarías que es debido a algún fallo propio?

.....

¿Por qué pensarías eso de tí? (creencia inadaptativa)

.....

Define operativamente lo que tienes que controlar, hacer o cómo tienes que ser para alcanzar el éxito y no fallar nunca (consigna perfeccionista defensiva)

.....
.....
Imagínate, céntrate en el disparador de esa obsesión, las palabras que reflejan la consigna perfeccionista defensiva que me acabas de expresar (ej.: “tengo que ser perfecto como, no puedo fallar en....”), nota la emoción y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida en dónde pensaste (consigna perfeccionista defensiva), sentimientos de -, en la parte del cuerpo donde me dijiste.
.....

.....
b) A través del evento precipitador

¿Qué estaba pasando en tu vida antes de que apareciera la primera obsesión? ¿hubo algún cambio, aunque fuera positivo? ¿qué significaba para ti? ¿qué creencia? ¿qué esquema cognitivo se activó?
.....

.....
¿Qué síntomas se reactivaron con esa T o t y cómo están conectados con el problema actual?
.....

.....
Imagínate o piensa en el recuerdo, las palabras que reflejan la creencia o el esquema cognitivo que me acabas de expresar, nota la emoción y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida en dónde pensaste (creencia o el esquema cognitivo), sentimientos de -, en la parte del cuerpo donde me dijiste.

La información obtenida se contrasta con los recuerdos conectados a través de los disparadores de las obsesiones.

El recuerdo fuente

El recuerdo fuente se refiere a la experiencia de vulnerabilidad ante el sufrimiento frente al temor nuclear. Se investigan también los contenidos constituyentes del temor nuclear y la estructura defensiva que se forma como consecuencia utilizando una entrevista estructurada y las técnicas flotar. En líneas sucesivas se muestra cómo llevarla a cabo.

1. Trae a la mente la obsesión (contenido mental fóbico)

Si la obsesión es un pensamiento, ¿qué es lo que temes que piensas que puede pasar?

Si la obsesión es un impulso, ¿qué temes que pase si no llevas a cabo el impulso?

Si la obsesión es una imagen mental, ¿qué temor hay asociado a esa imagen?

.....
.....

2. ¿Cuál es la peor consecuencia externa si imaginas lo peor? (ej: dolor físico, muerte, rechazo, abandono, falta de afecto, exclusión, castigo, crítica, invisibilidad...)

.....
.....

3. ¿Cuál es la peor consecuencia interna si imaginas lo peor? (ej: soledad, desesperación, dolor, sufrimiento, pensar “soy débil”, “no valgo”, o la activación de una parte disociada)

.....
.....

4. ¿Cómo crees que te sentirías si piensas o imaginas esas consecuencias?

.....
.....

5. ¿Y qué pensarías de ti, en relación a ese sentimiento? (ej: “no lo puedo soportar”, soy débil”, etc)

.....
.....

6A. Desde tu punto de vista, ¿cuándo comenzaste a ser consciente del temor esas consecuencias (puntos 2 y 3, contenido del TN), **sentiste** (punto 4, contenido afectivo del TN) y **creíste** (punto 5, creencia de vulnerabilidad) o

¿cuál fue la primera experiencia de sufrimiento donde viviste esas consecuencias (puntos 2 y 3), *sentiste* (punto 4) y *creíste* (punto 5)

.....
.....

Si no se obtiene respuesta, se pasa a la siguiente opción

6B. Si piensas, imaginas esas consecuencias (puntos 2 y 3) y las palabras (punto 5), (no se pregunta por el punto 5 porque está sujeto a defensa), dime qué sientes en el cuerpo. Piensa, imagina eso, las palabras (punto 5), y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida en donde viviste eso por primera vez, pensaste “cne”, en la parte del cuerpo donde me dijiste

.....
.....

Una vez, obtenido el refuerzo, se procede a investigar el esquema defensivo.

Háblame de esa experiencia, ¿qué edad tenías, ¿qué pasaba? ¿cómo lo interpretabas? ¿qué temías?

.....
.....

¿Qué era lo peor, lo que más sufrimiento te generaba? ¿qué sentías?

.....
.....

¿Qué crees que pensaste para protegerte de sentir el dolor?

.....
.....

En aquel momento, ¿qué pensaste que tenías que hacer, conseguir, evitar, para protegerte de ese sufrimiento?

.....
.....

¿En qué ámbito, rol, actividad?

.....
.....

Siendo, haciendo eso que te propusiste, ¿qué creías que ibas a obtener? (pensamiento mágico para satisfacer carencias en necesidades interpersonales)

.....
.....

Y consiguiendo eso, ¿cómo crees que te sentirías? (forma de obtener satisfacer necesidades interpersonales y obtener seguridad y autoestima)

.....

.....

Defensas que se resisten al éxito del tratamiento

Imagina que el tratamiento de tu TOC fuera un éxito. Nota qué emociones sientes y dónde las sientes en el cuerpo cuándo lo imaginas.

.

.....

.....

¿Percibes algo dentro que no quiere? ¿tienes dificultades para imaginarlo? (En caso de que el paciente no pueda imaginarlo, o sienta algo que se opone, se investiga la causa, para trabajarlo lo antes posible)

.

.....

.....

En el Anexo se muestra un registro que recoge toda la información relevante para la conceptualización de casos TOC y el diseño del tratamiento

Anexo: estrategia de conceptualización a partir de la entrevista y las técnicas flotar

PARTE I-EVALUACIÓN

Datos personales

- Fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo
- Formación / estudios (los últimos completados)
- Estado civil
- Unidad familiar
- Situación laboral o académica
- Motivo de Consulta
- Objetivos a conseguir de la terapia
- Tratamiento psiquiátrico o médico
- Consumo de sustancias
- Conductas o situaciones de riesgo actuales
- Apoyo social del que dispone
- Tratamientos previos
- Especialista al que acudiste
- Diagnóstico recibido

- Ingresos

Indicios trastorno disociativo

V/F

1. ¿Llevas muchos tratamientos y diagnósticos con poco éxito?
2. ¿Tienes dolores de cabeza que no se solucionan con medicamentos?
3. ¿Tienes alguna enfermedad o síntoma que los médicos no tratan con éxito?
4. Tienes síntomas depresivos, intentos de suicidio o ideación suicida
5. Tienes períodos de tu vida en blanco o incapacidad para recordar algo que te sucedió
6. Tienes lapsus de memoria del presente o como no recordar como llegaste a algún lugar o encontrar cosas pertenencias que no sabes cómo llegaron allí o no reconocer cosas escritas por ti
7. Te has visto con frecuencia de lejos, como si estuvieras fuera del cuerpo, mirando una película de ti
8. ¿Te sientes de formas diferentes, cómo más grande, más gordo, etc.?
9. ¿Te ves en el espejo distinto o no te reconoces?
10. ¿Te sientes en las nubes o apartado de todo?
11. ¿Te parece la vida como un sueño?
12. Te has causado daño deliberadamente para poder sentir dolor o sentir que eres real
13. Todo el cuerpo, o partes de él, te ha parecido extraño o irreal
14. Te has confundido respecto de qué era real o irreal a tu alrededor
15. Has sentido que eras dos personas distintas
16. Sientes como si hubiera diferentes personas dentro de ti que empujan en distintas direcciones
17. ¿Escuchas voces dentro de tu cabeza y no en el exterior?
18. ¿Te aparecen de repente sentimientos sin explicación alguna?
19. Tienes la experiencia de actuar diferente frente a situaciones parecidas o ser capaz de hacer algo con diversión y espontaneidad en una situación para la que habitualmente tienes dificultades
20. Perfiles nulos MMPI (F elevada)

Motivo de consulta

- Síntomas y problemas
- Has llevado algún tratamiento anterior del TOC
- Si es así, indica tipo de terapia, duración y respuesta positiva y negativa
- ¿Cómo se manifiesta actualmente
- Obsesiones (tipo, contenido)
- Compulsiones y conductas de neutralización
- Registro Funcional de los procesos obsesivo compulsivos
- Disparadores
- Tipo y contenido obsesivo
- Estrategias mentales de neutralización
- Compulsiones
- Evitación

- Emociones, sensaciones y percepciones perturbadoras
- Estado de ánimo más habitual
- Flashbacks
- Pesadillas frecuentes
- Alguna crisis o problema en este momento
- Algo que no he preguntado y que consideras importante que yo sepa

Historia de vida

- Embarazo y parto
- Figuras y tipo de apego temprano: apego con cada cuidador principal (A: recuerdos de apego inseguro/desorganizado)
Madre
Padre
- Nacimiento de hermanos. Si la madre ha tenido otros abortos antes que él, ha perdido a más hermanos
- Las expresiones faciales de los padres
- Tipo de relación que tenían los padres entre ellos
- La escena típica de la mesa
- Estilo de apego adulto (amigos, pareja...)

Acontecimientos o eventos traumáticos y creencia negativa asociada

- Jardín de infancia (ansiedad de separación) Madre insegura
- Secundaria, universidad (rendimiento escolar, humillaciones, relaciones con sus iguales y autoridad)
- Colonias/lejanía de la familia
- Hospitalizaciones, pérdida de alguno de los padres, familiares cercanos, separaciones, divorcio, enfermedades, mudanzas, accidentes, abortos
- “Por su bien”, padres severos, con incapacidad de manifestar emociones positivas, críticos, ansiosos, obsesivos, controladores, muy rígidos, muy permisivos etc.)
- Abuso físico, emocional y psicológico (niña confesora de la madre o del padre, adjudicarle tareas para lo que no está preparado), acosos-abuso
- Top ten

Esquemas cognitivos y dónde se aprendieron

Eventos específicos para conceptualizar toc

Historia del problema/ traumatización obsesiva

- Evento inicial obsesivo-compulsivo
Disparadores, la obsesión, emociones, sensaciones, percepciones, impulsos, compulsiones, la catástrofe que subyace y acciones que no pueden llevar a cabo
- Evento obsesivo-compulsivo más perturbador
Disparador, la obsesión, emociones, sensaciones, percepciones, impulsos, compulsiones, la catástrofe que subyace y acciones que no pueden llevar a cabo
- Eventos obsesivos compulsivos actuales
Disparador, la obsesión, emociones, sensaciones, percepciones, impulsos, compulsiones, la catástrofe que subyace y acciones que no pueden llevar a cabo

*Se cumplimenta con lo que el paciente pueda recordar

Recuerdo origen de la metacognición referente a la intrusión obsesiva

- Trae un disparador con la obsesión a la mente y explícame el significado que tiene para ti la obsesión (se busca metacognición referente a la obsesión)
- ¿Dónde lo aprendiste?

Recuerdo alimentador de la catástrofe subyacente al miedo obsesivo

*No hay que utilizar ambas opciones si no es necesario

- a. ¿Qué temes si el contenido de la obsesión ocurriera? ¿Cuál es la catástrofe subyacente? ¿Recuerdas dónde apareció por primera vez ese temor?
- b. Imagínate, céntrate en la obsesión..., nota el miedo y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida en el que aprendiste a temer (la catástrofe subyacente), tuviste sentimientos de miedo en la parte del cuerpo donde me dijiste

Recuerdos conectados con los disparadores de las obsesiones

Imagínate, céntrate en un disparador de la obsesión (se hace con los disparadores que en el presente activan obsesiones), nota la emoción y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida en donde sentiste -, en la parte del cuerpo donde me dijiste

Traumatización frente al fracaso defensivo

*Elegir utilizar una de las opciones planteadas solo

- a. A través del contenido obsesivo

Si piensas o imaginas que eso que te trae la obsesión, ocurriera, ¿considerarías que es debido a algún fallo propio?

¿Por qué pensarías eso de ti? (creencia inadaptativa)

Define operativamente lo que tienes que controlar, hacer o cómo tienes que ser para alcanzar el éxito y no fallar nunca (consigna perfeccionista defensiva)

Imagínate, céntrate en el disparador de esa obsesión, las palabras que reflejan la consigna perfeccionista defensiva que me acabas de expresar (ej.: "tengo que ser perfecto como, no puedo fallar en..."), nota la emoción y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida dónde pensaste (consigna perfeccionista defensiva), sentimientos de -, en la parte del cuerpo donde me dijiste

- b. A través del evento precipitador

¿Qué estaba pasando en tu vida antes de que apareciera la primera obsesión?

¿hubo algún cambio, aunque fuera positivo? ¿qué significaba para ti? ¿qué creencia? ¿qué esquema cognitivo se activó?

¿Qué síntomas se reactivaron con esa T o t y cómo están conectados con el problema actual?

Imagínate o piensa en el recuerdo, las palabras que reflejan la creencia o el esquema cognitivo que me acabas de expresar, nota la emoción y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida dónde pensaste (creencia o el esquema cognitivo), sentimientos de -, en la parte del cuerpo donde me dijiste

* La información obtenida se contrasta con los recuerdos conectados a través de los

disparadores de las obsesiones

Recuerdo fuente

1. Trae a la mente la obsesión (contenido mental fóbico)
 - a) Si la obsesión es un pensamiento, ¿qué es lo que temes que piensas que puede pasar?
 - b) Si la obsesión es un impulso, ¿qué temes que pase si no llevas a cabo el impulso?
 - c) Si la obsesión es una imagen mental, ¿qué temor hay asociado a esa imagen?
2. ¿Cuál es la peor consecuencia externa si imaginas lo peor? (ej: dolor físico, muerte, rechazo, abandono, falta de afecto, exclusión, castigo, crítica, invisibilidad...)
3. ¿Cuál es la peor consecuencia interna si imaginas lo peor? (ej: soledad, desesperación, dolor, sufrimiento, pensar “soy débil”, “no valgo”, o la activación de una parte disociada)
4. ¿Cómo crees que te sentirías si piensas o imaginas esas consecuencias?
5. ¿Y qué pensarías de ti, en relación a ese sentimiento? (ej: “no lo puedo soportar”, soy débil”, etc)
- 6A. Desde tu punto de vista, ¿cuándo comenzaste a ser consciente del temor esas consecuencias (puntos 2 y 3, contenido del TN), sentiste (punto 4, contenido afectivo del TN) y creíste (punto 5, creencia de vulnerabilidad) o ¿cuál fue la primera experiencia de sufrimiento donde viviste esas consecuencias (puntos 2 y 3), sentiste (punto 4) y creíste (punto 5)
Si no se obtiene respuesta, se pasa a la siguiente opción
- 6B. Si piensas, imaginas esas consecuencias (puntos 2 y 3) y las palabras (punto 5), (no se pregunta por el punto 4 porque está sujeto a defensa), dime qué sientes en el cuerpo. Piensa, imagina eso, las palabras (punto 5), y la parte del cuerpo donde lo sientes y deja que tu mente flote hacia el pasado y retroceda al primer momento de tu vida donde viviste eso por primera vez, pensaste “cne”, y tuviste esas sensaciones en la parte del cuerpo donde me dijiste

Memorias transgeneracionales

- ¿Conoces a alguna otra persona de la familia que pudiera haberse enfrentado al mismo problema?”
- ¿Otras personas de la familia que podrían haber creído el mismo núcleo cognitivo, o temido lo mismo?
- Si ha habido violencia familiar, comportamiento negligente en los padres: “¿Dónde aprendió esto?”

Otros aspectos

Fobias emocionales

- ¿Hay algunas emociones que no sientes nunca? ¿Cuáles?
- Trae a tu mente el recuerdo B (recuerdo fuente), dime qué emoción sientes. ¿Puedes sentir ese sentimiento que imaginabas sentir? (punto 4)
- ¿Hay algo dentro de ti que te impide acceder a ese sentimiento?
- Dónde, cómo lo aprendiste. Como gestionaron esa emoción las figuras de apego en la infancia

- Imagina un disparador actual junto a la obsesión asociada o imagina la situación de prevención de respuesta (PR), anticipa algo que te genere miedo o imagina o dibuja el miedo
- ¿Qué emoción sientes? ¿tienes miedo de sentir esa emoción o te genera otra emoción como enfado, inseguridad...? ¿te cuesta tolerarla o regularla? ¿evitas sentirla?
- Dónde, cómo lo aprendiste. Como gestionaron esa emoción las figuras de apego en la infancia
- Piensa en la última vez que sentiste una emoción tan intensa que te pareció que ibas a perder el control y en la que tu capacidad de pensar se vió debilitada. ¿Qué emoción sentiste?
- “¿Cuál fue tu reacción ante dicha emoción?”
- “Intenta hacer una lista de las cosas que hiciste en aquella ocasión”
- ¿Crees que aquellas estrategias te fueron de ayuda?”
- “Piensa en la última vez que has sentido la capacidad de concentrarte, de reflexionar, de hacer una elección, de interaccionar con otros, de identificar el estado emocional y de conectarte con tu experiencia, de dirigir la atención hacia tus intereses, en la que has podido cuidarte o cuidar de otros, en la que has podido colaborar, en la que has sentido la capacidad de afrontar un reto
- ¿Qué sentiste? (seguridad, curiosidad, alegría, calma, lucidez, confianza en ti mismo o en los demás, esperanza)
- Intenta hacer una lista de las cosas que hiciste en aquella ocasión
- ¿Crees que aquellas estrategias te fueron de ayuda?”

TIPO DE EMOCIÓN	EMOCIÓN SECUNDARIA	GESTIÓN ACTUAL: EVITA, NO REGULA, CONTROLA	COMO LAS GESTIONÓ LA FIGURA DE APEGO EN LA INFANCIA	DISPARADORES	RECURSOS

Autocontrol emocional

“Piensa en la última vez que has sentido la capacidad de concentrarte, de reflexionar, de hacer una elección, de interaccionar con otros, de identificar el estado emocional y de conectarte con tu experiencia, de dirigir la atención hacia tus intereses, en la que has podido cuidarte o cuidar de otros, en la que has podido colaborar, en la que has sentido la capacidad de afrontar un reto

¿Qué sentiste? (seguridad, curiosidad, alegría, calma, lucidez, confianza en ti mismo o en los demás, esperanza)

Intenta hacer una lista de las cosas que hiciste en aquella ocasión

¿Crees que aquellas estrategias te fueron de ayuda?”

Personas del pasado y del presente que son un apoyo

“Piensa en la última vez que has sentido la capacidad de concentrarte, de reflexionar, de hacer una elección, de interaccionar con otros, de identificar el estado emocional y de conectarte con tu experiencia, de dirigir la atención hacia tus intereses, en la que has podido cuidarte o cuidar de otros, en la que has podido colaborar, en la que has sentido la capacidad de afrontar un reto ¿Qué sentiste? (seguridad, curiosidad, alegría, calma, lucidez, confianza en ti mismo o en los demás, esperanza)

10 recuerdos más positivos

Defensas

Estructura de personalidad y grado disociación

*La información obtenida en esta entrevista se complementa con instrumentos como SCL-90, IPDE, Cuestionario de Cultura de sufrimiento, ambiente familiar y traumas, Escala Yale, ICO, y el trabajo con partes

EDAD	EVENTOS	EMOCIÓN	SENS	CN	HISTORIA DEL PROBLEMA (1º, PEOR, ACTUAL, EP, ETC)	CONCEPTUALIZACIÓN (APEGO, DEFENSAS, PARTES, ESQUEMA COGNITIVO, ETC
PRENATAL						
A LO LARGO DEL DESARROLLO						

PARTE II: CONCEPTUALIZACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

Línea del tiempo del problema

Los recuerdos a incluir son:

- Recuerdo fuente (RF) origen de la fobia emocional y el esquema defensivo
- Eventos perinatales traumáticos
- Apego inseguro/ desorganizado
- Recuerdos origen de miedos
- *Recuerdos asociados con los disparadores de obsesiones
- Recuerdos alimentadores de las creencias de falta de autoestima
- *La Traumatización al fracaso defensivo (TFD)
- *El recuerdo alimentador del miedo obsesivo (el origen puede ser transgeneracional)
- *La Traumatización obsesiva (TOB) (1º, peor, actual)
- *Recuerdo origen de la metacognición referente a la intrusión obsesiva
- *Experiencias origen del modelo alimentador de la defensa TOC (si lo hubiera)
- Los marcados con* son específicos de la sintomatología obsesivo compulsiva

Técnicas, habilidades, en función del:

- Autocontrol emocional
- Sintomatología disociativa
- Defensas
- Estructura de personalidad
- Nivel de disociación estructural, fobias y partes disociativas
- Tipo de problema

Recursos

Secuencia de dianas

Capítulo 11 / Módulo de instrumentos de evaluación por medio del trabajo con las partes

Antecedentes

Este trabajo preliminar con las partes es recomendable antes de realizar cualquier intervención. Hay que conocer las partes constituyentes del mundo interno, función y estructura, el grado de coconsciencia y la existencia de fobias disociativas entre ellas.

Se irán revisando algunos de estos conceptos.

Con independencia de que el paciente pueda tener otros traumas, el TOC es el resultado de un esquema defensivo que protege específicamente de que una red con información disociada estructuralmente de índole interoceptiva, salte a la conciencia.

La constitución del mapa interno de las partes es fundamental para entender la parte TOC en cada paciente. Como se mostró con anterioridad, en algunos casos está protegiendo a la PAN de tomar conciencia de contenidos traumáticos interoceptivos constitutivos de una parte emocional mientras que en otros casos está orientada a mantener la disociación estructural entre partes muy disociadas.

Hay casos donde el problema se origina en una experiencia tipo “t” minúscula, mientras que en otros son experiencias con “T” mayúscula las que subyacen. Pero en cualquiera de los casos, la causa de este tipo de traumatización específica del TOC se encuentra en lo que el niño pensó, interpretó, sintió y en la vulnerabilidad que le generó.

En caso de que la “T” que constituye la TFD sea un TEPT, que implica al sistema de acción de la defensa, se ha podido observar una resistencia al éxito terapéutico. De forma que el avance en mejorar la sintomatología obsesiva-compulsiva o el intentar llegar a acuerdos con la parte a cargo de las obsesiones, generan con frecuencia un incremento de obsesiones o el abandono de la terapia. Sería muy interesante avanzar en la investigación de esta casuística.

Aspectos de las partes y tipo de relación entre ellas

Las partes puedan utilizar diferentes tipos de tendencias de acción e incluso una tendencia de acción puede constituir una parte en sí misma.

Tendencias de acción reflejas (alerta, paralización, lucha, huida), conductuales (evitación, agresividad física o verbal, sumisión, adicción), síntomas negativos basados en mecanismos de defensa (amnesia, embotamiento, anestesia emocional, represión, desplazamiento, etc), síntomas físicos, introyecciones (crítica) y creencias son ejemplos de distintas tendencias de acción que funcionan en niveles mentales diferentes.

El conocer el mundo interno y cómo las partes involucradas en el problema obsesivo funcionan dentro del mismo es un aspecto relevante dentro de la conceptualización de cada caso. Estas partes no funcionan dentro del sistema de una forma integrada, por lo que el objetivo de la integración hay que promoverlo desde etapas tempranas de la terapia. Empezar conociéndose las partes, comunicándose, superando las fobias entre ellas, compartiendo información, experiencias y estímulos desde los neutrales a los traumáticos.

Se empieza con el conocimiento de cada una de las partes del sistema y los diferentes aspectos que las caracterizan. Con las partes defensivas, además de conocer la representación visual, hay que investigar el momento en que aparecieron, la edad, los hechos que estaban pasando, el porqué aparecieron, con qué objetivo, las tendencias de acción que utilizan, cuál es su función positiva. Esta función puede consistir en mantener oculto algo como pensar o sentir; evitar hacer daño; castigar o proteger del castigo; evitar la equivocación; mantener una idea; conseguir afecto o valoración; no notar el sufrimiento o sentir seguridad y autoestima. Si es necesario, se puede ayudar a tomar conciencia preguntando específicamente el terapeuta acerca de estas cuestiones. También se puede preguntar si la forma cómo protege la aprendió de algún modelo.

Hay que investigar también las creencias que alimentan las tendencias de acción correspondientes, para lo que se puede

preguntar ¿qué tiene de bueno huir de las situaciones ansiógenas, anticiparse a lo peor, no ser consciente de lo doloroso? etc., así como los estímulos que hacen que aflore la parte y activan la tendencia de acción correspondiente.

Otro aspecto se centra en conocer las relaciones internas entre las partes, sacando información sobre si se conocen unas con otras, si existen fobias entre ellas y cómo perciben las relaciones con el yo adulto y al revés.

Sin embargo, hay casos que el investigar prematuramente todas las partes del mundo interno puede precipitar el abandono de la terapia. Por eso es importante conocer las resistencias antes de comenzar este trabajo con las partes.

A continuación, se muestran algunas consideraciones para realizar el trabajo con las partes.

Para introducir a los pacientes en el concepto de las partes y la familia interna, es muy útil que vean el video de youtube “terapia de los sistemas de la familia interna”. En él se muestra que cuando cerramos los ojos, hay muchas cosas que podemos conocer de nosotros....

A través del yo adulto, siempre que sea posible, se va a realizar el trabajo con las partes, ya que es éste un procedimiento metacognitivo que permite la observación de la experiencia interna. Constituye la parte saludable del *self* que está a cargo de la función ejecutiva. Para ayudar a desarrollarlo, pedimos al paciente que imagine ese punto central en el que todas las partes se equilibrarán o localizarlo en algún lugar del cuerpo y en ocasiones fortalecerlo con EBL (González y Mosquera, 2012).

Esta parte adulta debe notar, entender y aceptar las necesidades que subyacen en las otras partes, viéndolas como recursos potenciales y no como enemigas. En el TOC en ocasiones puede existir una potente fobia hacia una parte del yo rechazada que en ocasiones puede llegar a ser una PAN.

Otro aspecto es elegir el modo de hacer el trabajo. Una opción es con la técnica del lugar de reuniones. Se pueden dar al paciente las siguientes instrucciones:

“Cierra los ojos e imagina que estás en un lugar de reuniones, un lugar para la curación, que sea como te guste (puede ser una playa,

el campo, una habitación). A ese lugar vas a invitar a todos los aspectos, a todas las partes de tu mente para solucionar los problemas. En este lugar cada parte tiene su lugar propio. Es un lugar muy seguro, nadie resulta herido ni puede herir a los otros. Uno de los asientos es para la parte ejecutiva y los otros están reservados para otras partes de tí”.

Preguntar al paciente cuántos asientos hay es informativo. Al principio puede que no estén todas las partes. Los lugares vacíos informan cuántas partes no han salido todavía.

Otra forma alternativa es utilizar la técnica de la silla vacía donde se le pide al paciente que se siente en una silla y frente a él está otra vacía, donde puede estar sentado un aspecto o parte de él mismo. Se trata de establecer un diálogo entre ambas partes con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver un conflicto entre polos contrapuestos del sujeto, desbloquear la expresión de deseos ante autoexigencias personales o elaborar asuntos irresueltos y no terminados del pasado. El terapeuta puede ofrecer sugerencias para desarrollar los diálogos, pero no interviene en los sentimientos y significados que el sujeto produce. La silla vacía también puede ser empleada para contraponer significados disfuncionales (p.ej. una exigencia perfeccionista) con significados alternativos (p.ej. derecho a cometer errores).

La técnica de la silla vacía fue creada por Perls en su terapia Gestalt. Ha sido desarrollada por los modernos enfoques cognitivo-experienciales (Greenberg, Wortman y Stone, 1996) para afrontar significados y experiencias contrapuestos en las personas, de manera vivencial y directa.

Dibujos, esculturas realizadas por el paciente de lo que nota que está en su interior para pedirle a continuación que haga un mapa espacial de cómo siente que están colocados en su mundo interno, dan otras opciones para el trabajo con partes.

También para conocer las partes del mundo interno se puede utilizar un dibujo en un papel. Se le pide al paciente: *“dibuja lo que sientes que está en tu interior”* (Gonzalez y Mosquera, 2012).

Cuando no se puede acceder al sistema o a partes, un método útil es a través de preguntar al paciente ¿sientes que hay alguna parte,

aunque no la veas? Si el paciente responde que sí, se le pregunta a continuación ¿cómo la imaginas?

Otras opciones consisten en un escáner interior donde se le pide al paciente que se centre en su interior y que note cualquier señal remota de cualquier cosa (González, 2009; Mosquera, González y Seijo, 2010) como pueden ser emociones, imágenes, pensamientos y los elementos somáticos que incluyen las sensaciones físicas, posturas y tendencias de movimiento. Desde esos elementos se le puede pedir al paciente que vaya hacia atrás en el tiempo hasta la primera vez que lo percibió. O también preguntarle cuántos años piensa que puede tener ese elemento. También se le puede indicar que visualice imágenes pasadas de sí mismo a diferentes edades desde el nacimiento hasta el presente y que note cuándo la sensación aparece o se incrementa. Otra manera es pedirle que vaya a la sala de reuniones y observe qué parte se activa cuando está notando ese síntoma o sensación.

Dentro de las pautas para la comunicación con las partes hay que respetar el papel de cada parte dentro del sistema. Hacer psicoeducación explicando que todas las partes aparecieron para proteger. Es importante para generar empatía interna, entender el porqué y para qué apareció cada parte.

No hay que permitir que unas partes culpen a otras de los problemas ni forzar cambios. Hay que transmitir el mensaje: “si no eres parte de la solución, eres parte del problema”.

Para las partes que funcionan por debajo de la conciencia, es útil invitarlas a que se acerquen al “borde de la luz”, o “se muevan lentamente hacia el frente”.

La utilización de tandas de estimulación bilateral EBL en el lugar de reuniones puede ayudar a reducir la intensidad de emociones o sensaciones almacenadas disfuncionalmente, superar bloqueos en el proceso de superar los conflictos, generar empatía entre partes, aumentar la coconciencia y cooperación entre partes, facilitar la conexión con información adaptativa, aumentar la toma de conciencia y el significado, cambiar la perspectiva por vía de disminuir la ansiedad defensiva inconsciente o incrementar las conexiones neuronales y desbloquear información (interoceptiva o

exteroceptiva) asociada a una alta activación y promover nuevas conexiones.

Cuando no tenemos perturbación o hipoactivación asociada a una información disfuncional que permanece rígida debido a un aprendizaje repetitivo, o hay otra información en competencia, se necesitan intervenciones activas para potenciar la conexión con información adaptativa.

Preparar para el trabajo con las partes
Psicoeducación acerca del modelo de partes del sistema interno

En relación a la parte a cargo de las obsesiones, se propone dar al paciente esta información: *“hay partes, que desde dentro de ti intentan ayudar de una manera oculta, sin que te enteres. Y además funcionan como un robot, de manera que aprendieron en su día unas consignas que siguen cumpliendo a rajatabla, sin tener en cuenta las circunstancias, porque funcionan de una forma autónoma y están aisladas. Su misión es proteger del sufrimiento de tomar conciencia de ciertos contenidos dolorosos entre los cuales se encuentran los que suponen una herida a la autoestima. Por un lado, trabajan para evitar el fracaso en sus objetivos defensivos, y por otro, intentan mantener inconsciente ciertas cosas dolorosas. Producen las obsesiones que están aplastando al sistema y creando dificultades en el presente y un gran sufrimiento. La intencionalidad de estas partes es ayudar, pero se necesita encontrar una solución y buscar otra forma eficaz de realizar esa ayuda”.*

Tabla 7. Registro de información en el trabajo con partes defensivas

REGISTRO PARA TRABAJO							CON PARTES DEFENSIVAS					
IMAGEN	FUNCIÓN	DESDE CUÁNDO ESTA A CARGO	PORQUÉ	CUÁNDO: ACTIVACIÓN 1º/ACTUAL	COMO LLEVAR A CABO SU FUNCIÓN	QUÉ ESPERA CONSEGUIR		QUÉ NECESITA	QUÉ TEME	ORIENTACIÓN AL PRESENTE	RELACIÓN CON OTRAS PARTES	OBSERVACIONES

Investigar si hay fobias disociativas y fobias a las acciones mentales.

El terapeuta pregunta al sistema: *“¿estás de acuerdo con ir al interior de ti mismo para conocer las partes y poder comunicarte con*

el sistema?, ¿notas alguna sensación física en el cuerpo, al hacerte esta pregunta?, ¿y alguna emoción?, ¿percibes una señal remota de cualquier cosa?, ¿qué intensidad tiene la perturbación?

Con la respuesta dada, le dice a continuación: *“simplemente date cuenta de esto, con la emoción de que sientes en ...”* (EBL).

Después sigue con: *“¿qué viene ahora?”, quédate con eso”* (EBL).

Conocer las partes a través del método elegido

Si se utiliza la sala de reuniones, se le indica al paciente: *“ahora quiero que imagines que bajas una escalera con 9 escalones; cada escalón que bajas hace que te sientas más dentro de ti. Abajo hay una puerta con un cartel que dice sala de reuniones. En esa habitación hay una mesa, alrededor unas sillas, una es para ti, las otras para otras partes de ti. Es una habitación segura. En ella nadie resulta herido ni tu puedes hacer daño, es un lugar para conocerse mejor las partes”*

T: *¿Qué partes ves?*

Tratar las fobias internas con las intervenciones idóneas de EMDR

Se sigue preguntando al yo adulto o a las otras partes, qué emoción o sensación física nota cuando mira o toma conciencia de una parte.

T: *“Simplemente date cuenta de esto, con la emoción de ... que sientes en ... EBL.*

T: *¿Qué viene ahora?*

T: *Quédate con eso. EBL.*

T: *¿Qué viene ahora?*

En la Tabla 5 se muestra un registro para reflejar la información obtenida en el trabajo con partes defensivas.

[PARTE 3] TRATAMIENTO

Capítulo 12 / Adaptaciones en el tratamiento con terapia EMDR en el TOC

Antecedentes

El abordaje psicoterapéutico de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR en sus siglas en inglés), considera que los problemas psicológicos están causados principalmente por el efecto de las experiencias adversas y traumáticas no resueltas (Shapiro, 2007). La terapia EMDR ha demostrado ser un tratamiento eficaz y bien tolerado para el trastorno de estrés postraumático (TEPT; Bisson y Andrew, 2007; Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009; Ursano *et al.*, 2004) y es efectivo para el TEPT de inicio tanto en la edad adulta como en la infancia (Adler-Tapia y Settle, 2009; Field y Cottrell, 2011; Korn, 2009; Van der Kolk *et al.*, 2007).

Es importante concluir que la terapia EMDR, desde que apareció, ha promovido su validación empírica en el TEPT y en otros trastornos.

Gran cantidad de Guías Clínicas Internacionales como la propia Organización Mundial de la Salud, la American Psychiatric Association y el National Institute for Clinical Excellence, entre otras, la han validado como una de las terapias de elección para cuadros postraumáticos.

El modelo que sustenta la terapia EMDR se basa en el cerebro como sistema de procesamiento adaptativo de información (redes de memoria de información asociada y relacionada, siendo la base de la percepción, la actitud, el comportamiento, la personalidad del individuo, de su salud y su patología).

Cuando un incidente crítico provoca un desbalance de este sistema y la experiencia no puede ser procesada, queda almacenada en neuroredes de memoria aisladas y de forma disfuncional. Esto es el trauma psicológico. Sin la conexión con otras redes, el aprendizaje

futuro no se puede producir y la nueva información terapéutica no se puede ligar a esta neurored de memoria aislada.

El modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI; Shapiro, 2001) proporciona una base conceptual para comprender cómo la información biográfica relevante acerca de las experiencias de la infancia puede estar relacionada con características específicas de la psicopatología adulta, y ofrece un marco terapéutico para un trastorno que, como se mencionó anteriormente, está relacionado con experiencias traumáticas (Brown y Shapiro, 2006).

El principal objetivo del tratamiento con EMDR se dirige a las memorias disfuncionales que se disparan por circunstancias de la vida cotidiana del paciente para transmutarlas en memorias funcionales, aprovechando el proceso neural natural de consolidación de memoria (Shapiro, 2001; Solomon y Shapiro, 2008).

La reducción de los síntomas, los insight, los cambios en pensamientos y creencias, así como en las respuestas físicas y emocionales, son la consecuencia de la reelaboración adaptativa a nivel neurofisiológico, debido a un conjunto de procedimientos estandarizados (Shapiro, 2001) que incluyen el uso repetido de estimulación bilateral (ej: movimientos oculares, tapping táctil o tonos auditivos).

En el tratamiento del TEPT por medio de EMDR se han hecho diversidad de estudios de neuroimagen, con resonancia magnética funcional, tomografía de emisión de positrones (PET) y tomografía de emisión de fotones (SPECT), que miden lo que sucede en el cerebro antes y después del EMDR, las que muestran algunas evidencias sobre la base neurológica del modelo, entre los que se encuentran cambios en el tamaño del hipocampo.

Un reciente estudio (Baek *et al.*, 2019) ha demostrado cómo EMDR funciona. Ratones que reciben EBL no entran en freezing cuando se aplica un estímulo condicionado de ansiedad. Se indujo una reducción duradera del miedo mediante estimulación visual bilateral con estímulos condicionados durante la extinción del miedo. La intervención suprimió la actividad del miedo, codificando células y estabilizando la neurotransmisión inhibitoria en la amígdala

basolateral a través de la proalimentación del circuito inhibitorio. Estos resultados revelan el circuito neural que subyace a una estrategia efectiva para la atenuación sostenida de los recuerdos traumáticos.

En la terapia EMDR, al paciente se le indica que note de manera plenamente consciente lo que ocurre con las representaciones de las percepciones, emociones, sensaciones, impulsos de acción y autoafirmaciones perturbadoras o disfuncionales, mientras presta atención a una serie de tandas de estimulación bilateral (EBL), que implican movimientos oculares, toques o tonos alternantes (Shapiro, 2001). El DSM-5 reconoce que el TOC está relacionado con experiencias traumáticas, por lo que desde esta perspectiva la terapia EMDR podría aportar mucho al tratamiento de estos pacientes.

La terapia EMDR es un abordaje estructurado en ocho fases que incluyen la recogida de la historia clínica, la fase de preparación y estabilización, el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos y la evaluación.

En el trauma simple seguir este proceso es sencillo, pero en ciertos casos de traumatización compleja como los trastornos disociativos, trastornos de la personalidad y en el TOC muy especialmente, se requiere hacer adaptaciones.

En el TOC, ejemplo de traumatización compleja, hay necesariamente que hacer adaptaciones en los procedimientos estándar de EMDR para trabajar con estos pacientes a lo largo de las ocho fases de la terapia EMDR.

El plan de tratamiento tiene que estar adaptado a la conceptualización de cada caso. Hay que identificar las opciones de recursos a utilizar con cada paciente en función del grado de disociación, las habilidades de regulación emocional y los niveles de activación emocional. El establecimiento de la relación terapéutica adquiere una especial relevancia en este problema, por lo que hay que abordar las dificultades como manifestaciones de información disfuncionalmente almacenada. Las defensas psicológicas puedan condicionar el tratamiento hasta el punto de boicotearlo en algunos casos, por lo que hay que tenerlas muy en cuenta.

Una vez definidos los síntomas y problemas, hay que decidir qué síntoma o problema debe ser tratado primero, valorando, en función del análisis funcional, las prioridades.

El protocolo EMDR de tres vertientes (pasado, presente, futuro) se utiliza para reprocesar experiencias traumáticas pasadas, trabajar con disparadores presentes y abordar preocupaciones futuras para traer al paciente al máximo nivel de respuesta adaptativa. El protocolo estándar de tres vertientes desarrollado por Francine Shapiro (1995, 2001) recomienda empezar a reprocesar secuencialmente todos los incidentes traumáticos desde el más temprano a los actuales. La selección de blancos y la secuencia de blancos a trabajar son uno de los retos específicos que hay que decidir con cada caso de TOC.

En el tratamiento de los pacientes obsesivos es necesario implementar algunas modificaciones al protocolo estándar de EMDR para abordar mejor los problemas de esta población especial.

En primer lugar, las fases 3 a 8 desde la perspectiva del todo o nada es una tarea no planteable. Hay que tener en cuenta en este tipo de traumatización tan compleja que la memoria traumática está totalmente troceada en aspectos exteroceptivos e interoceptivos y almacenada en distintos niveles de conciencia, involucrando partes disociativas y un cluster de distintas tendencias de acción que incluyen mecanismos de defensa que van a ser detonados durante el reprocesamiento, generando bloqueos.

Es necesario realizar un trabajo progresivo con EMDR, más o menos extenso, y ajustado a las necesidades de cada paciente. Lo cual puede incluir habilidades de conciencia y de control emocional, psicoeducación, recursos, herramientas EMDR y trabajo con partes. Complementariamente se proponen adaptaciones al protocolo básico EMDR con determinadas dianas, como son los componentes de los procesos obsesivo-compulsivos.

Todo lo anterior es una preparación para el procesamiento, con protocolo básico de EMDR, de las memorias clave en la sintomatología obsesiva como las que alimentan carencias de seguridad y autoestima y que están en el origen del problema obsesivo-compulsivo.

El fraccionamiento de la memoria traumática, el hecho de que las emociones básicas y creencias nucleares se encuentren disociadas y almacenadas como memoria implícita y la existencia de partes defensivas a cargo de mantener la disociación, impiden y bloquean el procesamiento si no se hace este trabajo previo.

Los pacientes con diagnóstico de TOC normalmente presentan una rica constelación de eventos traumáticos a lo largo de sus vidas, pero son las fobias afectivas ante las que carecen de habilidades de manejo y control emocional, y las propias obsesiones lo más perturbador en el presente, las que además son factores retraumatizadores. Se abordará en primer lugar la sintomatología obsesivo compulsiva y posteriormente otra sintomatología presente en el trastorno (inseguridad, baja autoestima, miedos, etc.)

Adaptaciones en la Fase 1

En el trabajo con el enfoque psicoterapéutico de EMDR, los clínicos necesitan recopilar información acerca de los problemas actuales, así como de las experiencias vitales adversas y traumáticas del pasado. Problemas frecuentes de muchos pacientes TOC es que no revelan espontáneamente los patrones de apego disfuncionales porque suelen tener idealizados a sus progenitores o porque minimizan los aspectos emocionales de sus experiencias traumáticas.

Un abordaje estandarizado de la historia clínica no es adecuado para personas con historias de traumatización compleja que han desarrollado multitud de defensas. Lo que puede ser un estilo útil para un paciente, puede ser totalmente inadecuado para otro. Seguir pautas y normas no debería hacernos olvidar la situación y las características específicas de cada paciente. La toma de decisiones en casos de TOC es más adecuada cuando se basa en una relación terapéutica bien delimitada y un buen conocimiento del trastorno y del modelo PAI por parte del clínico. Como afirma Shapiro (2001): “es mejor proporcionar a los profesionales un marco conceptual o modelo que les sirva de guía en su práctica clínica que darles simplemente un procedimiento inflexible paso por paso para aplicar EMDR”.

En la Fase 1 de la historia clínica, se hace preciso tener una estrategia específica para acceder a la información necesaria que se requiere para la conceptualización del caso y establecer los blancos para reprocesar. Y si no se tiene un modelo acerca del trastorno obsesivo, va a ser difícil enfocar la evaluación hacia los aspectos específicos que se requiere conocer. Un reto para el terapeuta es identificar los orígenes del trastorno desde la perspectiva del PAI, aunque en ocasiones este objetivo se alcanza después de un tiempo de terapia.

Es fundamental evaluar si las obsesiones y/o compulsiones que plantea un paciente es un síntoma más de otro trastorno y muy especialmente de un Trastorno Disociativo, lo que puede conllevar como estrategia terapéutica dar prioridad a otros problemas, antes de abordar lo obsesivo.

Tabla 8. Diagnóstico diferencial (DSM V) TOC - Otros trastornos

TRASTORNOS	SÍNTOMAS SIMILARES	SÍNTOMAS DIFERENCIALES
TOC	Pensamientos recurrentes, conductas de evitación- preguntas repetitivas	Incluyen pensamientos extraños irracionales Pueden presentar compulsiones ligadas a obsesiones
Trastorno de ansiedad		Preocupaciones por la vida real
Fobias específicas		El objeto temido es mucho más circunscrito y no se presentan rituales
Fobia social - ansiedad social		Objetos o situaciones temidas se limitan a las interacciones sociales La evitación o la búsqueda de tranquilidad se centran en la reducción de este miedo social
Trastorno depresivo mayor		Los pensamientos normalmente son congruentes con el estado de ánimo y no tienen por qué experimentarse como intrusivos o preocupantes y no están vinculados a compulsiones
Trastornos de la alimentación		Preocupaciones limitadas al peso y la comida
Los tics y los movimientos estereotipados		No tienen la función de neutralizar obsesiones Las compulsiones están precedidas por impulsos sensoriales premonitorios
Trastornos psicóticos	Algunos TOC pueden presentar escasa conciencia de enfermedad o incluso creencias delirantes	Trastornos del pensamiento y alucinaciones
Otros comportamientos tipo compulsivo		Obtiene placer de la actividad compulsiva Puede llegar a detenerse solo si son perjudiciales
Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva		No se caracteriza por pensamientos intrusivos, imágenes, impulsos o conductas repetitivas que se realizan en respuesta a estas intrusiones Presenta una mala adaptación permanente, un patrón generalizado de perfeccionismo excesivo y un rígido control
OTROS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS		
Trastorno dismórfico corporal		Obsesiones y compulsiones se limitan a la preocupación por la apariencia física
Tricotilomartía		Comportamiento compulsivo se limita a tirarse del pelo en ausencia de obsesiones
Trastorno de acumulación		Síntomas se centran exclusivamente en la persistente dificultad de descartar o separarse de las posesiones con una marcada angustia asociada con la eliminación de artículos Acumulación excesiva de objetos

Hay que insistir en la importancia de un buen diagnóstico diferencial.

Una serie de preguntas, realizadas en la primera entrevista con el paciente, pueden dar indicios al terapeuta de la existencia de un trastorno disociativo. A continuación, se muestran algunos de ellas:

- ¿Llevas muchos tratamientos y diagnósticos con poco éxito? Háblame de ello
- ¿Tienes dolores de cabeza que no se solucionan con medicamentos?
- ¿Tienes alguna enfermedad o síntoma que los médicos no tratan con éxito?
- ¿Tienes síntomas depresivos, intentos de suicidio o ideación suicida?
- ¿Tienes períodos de tu vida en blanco o incapacidad para recordar algo que te sucedió?
- ¿Tienes lapsus de memoria del presente como no recordar como llegaste a algún lugar o encontrar pertenencias que no sabes cómo llegaron allí o no reconocer cosas escritas por ti?
- ¿Te has visto con frecuencia de lejos, como si estuvieras fuera del cuerpo, mirando una película de ti mismo?
- ¿Te sientes de formas diferentes, como más grande, más gordo, etc?
- ¿Te ves en el espejo distinto o no te reconoces?
- ¿Te sientes en las nubes o apartado de todo?
- ¿Te parece la vida como un sueño?
- ¿Te has causado daño deliberadamente para poder sentir dolor o sentir que eres real?
- Todo el cuerpo, o partes de él, ¿te ha parecido extraño o irreal?
- ¿Te has confundido respecto de qué era real o irreal a tu alrededor?
- ¿Has sentido que eras dos personas distintas?
- ¿Sientes como si hubiera diferentes personas dentro de ti que te empujan en distintas direcciones?
- ¿Escuchas voces dentro de tu cabeza y no en el exterior?
- ¿Te aparecen de repente sentimientos sin explicación alguna?

Si después de que el paciente conteste, sus respuestas dan indicios de un posible TD, se recomienda hacer una evaluación más

exhaustiva aplicando los instrumentos para tal fin.

En cualquier caso, es necesario comprender la función que tiene la parte a cargo de las obsesiones dentro del mundo interno y el grado de disociación estructural de las partes. El diagnóstico específico y el conocimiento del mundo interno del paciente obsesivo son aspectos clave para la planificación de la terapia.

En el TOC, debido a la especial configuración de la traumatización, es difícil acceder al núcleo traumático porque, aunque los pacientes suelen tener conciencia de las experiencias traumáticas, no la tienen de ciertos aspectos interoceptivos cognitivos y afectivos. Ciertos elementos de la memoria traumática no son directamente accesibles a la conciencia ya que están disociados y sujetos a procesos defensivos. Es especialmente necesario tener una estrategia específica para acceder a la información que se necesita para reprocesar como se mostró en capítulos anteriores.

Los eventos suelen estar ligados a experiencias de sufrimiento a lo largo del desarrollo en el ambiente familiar, en muchos casos los denominados “traumas ocultos”. Algunos de los cuales están relacionados con carencias de atención y muestras de afecto, sufrimiento vicario o problemas en la pareja de los padres. Pero es frecuente que, debido a la idealización, los pacientes informen de una infancia feliz con unos padres estupendos.

También hay pacientes obsesivos que usan la negación de las consecuencias que esas circunstancias han tenido en sus vidas, debido a sus esquemas de defensa, lo que les lleva a evitar la toma de conciencia de los aspectos dolorosos. Por tal motivo la vivencia traumática que dinamitó la memoria en muchas partes, almacenadas en distintos niveles y partes, suele ser recordada, aunque disociada de ciertos elementos interoceptivos. Resulta difícil acceder a estos elementos disociados, debido a las defensas que protegen de su paso a la consciencia.

Asimismo, el contenido de la obsesión hace referencia a un desplazamiento defensivo. Más que un fragmento de memoria, es un síntoma secundario de defensa, a cargo de partes con intencionalidad inconsciente defensiva. Acceder al fragmento de memoria asociado, requiere una intervención estratégica bien pensada.

Para acceder a los eventos y a los contenidos interoceptivos básicos para la conceptualización de casos TOC, aparte de instrumentos de índole general, se han elaborado otros específicos, expuestos en capítulos anteriores, que recogen diversidad de estrategias que incluyen psicoeducación, registros, entrevistas estructuradas, trabajo con partes y técnicas flotar.

Adaptaciones en la Fase 2

El plan de tratamiento tiene que estar adaptado a la conceptualización de cada caso. Hay que identificar las opciones de recursos a utilizar con cada paciente. En el tratamiento de un TOC es común encontrar dentro de la serie de retos específicos, la resistencia a la terapia, derivada del miedo al cambio y de la fobia al mundo interno que suelen tener este tipo de pacientes.

El paciente obsesivo carece de las habilidades básicas de control emocional, no pudiéndose sentir seguro ante ciertas emociones. A partir de ello, se generan múltiples fobias de tipo interoceptivo que se extienden a su mundo interno en general.

Las obsesiones y compulsiones tienen como último objetivo prevenir o evitar las emociones difíciles de tolerar. El trabajo básico con el paciente requiere dotarle de las habilidades básicas y desensibilizarle de la fobia a las emociones, generando una seguridad ante las emociones basada en una creencia de control.

Son muchas las técnicas y recursos que se pueden utilizar para estabilizar y enseñar control emocional al paciente obsesivo. Este aspecto es importante porque, como se explicó anteriormente, suelen carecer de estas habilidades básicas de regulación, usando fundamentalmente la evitación, la hipertrofia de la función racional o las obsesiones y compulsiones como medio de conseguir el control.

Se irán exponiendo diferentes técnicas y estrategias terapéuticas para conseguir los distintos objetivos de dotar al paciente obsesivo de las habilidades de regulación emocional básicas, desensibilizar la fobia a los afectos y generar la seguridad basada en la creencia de control.

Fundamentalmente, la fase de estabilización se aborda tanto desde pautas “arriba abajo” como de pautas “abajo arriba”, donde el tratamiento de los efectos de la experiencia traumática sobre el

cuerpo se convierte en el principal punto de entrada. En el obsesivo, los déficits de integración que presenta secuestran la capacidad para la regulación de arriba abajo. Si una sensación corporal, como un aumento de la frecuencia cardíaca, se vivencia como miedo o pánico, y se interpreta con el significado “estoy en peligro”, entonces la sensación física y la emoción se intensifican aún más y la activación puede escalar rápidamente más allá de la tolerancia de la persona o de su capacidad integradora. La regulación de arriba abajo se pierde temporalmente dejando al individuo a merced del secuestro de abajo arriba, de forma que los componentes autonómico y somático requieren ser abordados por medio del procesamiento de abajo arriba. Dicho aspecto refuerza la necesidad de utilizar el abordaje progresivo que proponen Gonzalez y Mosquera (2012), introduciendo elementos de procesamiento desde la fase de estabilización.

Respecto a la Fase 2 para estabilizar a ciertos pacientes como pueden ser los obsesivos, Chefetz (2004) propone entrelazar técnicas como las del tipo sensoriomotor, las cognitivo-conductuales y el modelo de procesamiento de información. Se hace necesario recalcar que en este proceso terapéutico, hay que incluir las dos direcciones de procesamiento de la información (de arriba abajo y de abajo arriba) en el diseño del tratamiento.

En general en la Fase 2 hay que tener en cuenta aspectos del paciente como el tipo de apego, grado de autocontrol, las fobias afectivas, las defensas, la estructura de personalidad, así como el grado de disociación para poder determinar qué tipo de psicoeducación, técnicas, habilidades y estrategias terapéuticas es necesario implementar.

Investigar sobre los problemas de los pacientes en sus psicoterapias anteriores relativas a la relación terapéutica, así como otros enfoques terapéuticos anteriores fallidos.

Complementar asimismo con información sobre la estructura interpersonal de apoyo del pasado y del presente, los recuerdos positivos y otros recursos específicos que es conveniente instalar en cada caso concreto.

Todos estos aspectos van a determinar la elección de las intervenciones a realizar durante la fase 2. En el paciente TOC hay

que tener en cuenta si es necesaria una preparación larga en autoconciencia y qué tipo de estrategias elegir para el abordaje emocional.

En el TOC se dan una diversidad de síntomas además de las obsesiones y/o compulsiones como ansiedad, inseguridad, baja autoestima. Se propone comenzar con la sintomatología obsesiva compulsiva. Lo que supone comenzar a trabajar lo antes posible con las partes/tendencias de acción involucradas en el TOC. Para lo cual se requiere psicoeducación, shocks cognitivos, experimentos, trabajo con defensas e introducir diversidad de intervenciones de los diferentes módulos que se proponen. Lo cual no quiere decir que hay que usar todas las propuestas contenidas en los mismos, sino que hay que elegir, en función de cada caso, las que sean útiles.

Aunque para implementar esta fase se muestran diversas intervenciones agrupadas en diferentes módulos, algunas específicamente diseñadas para los pacientes obsesivos, no necesariamente hay que aplicarlas todas en esta fase ni siguiendo necesariamente un determinado orden. Hay que aplicarlas de un modo flexible en función de las dificultades y necesidades que se van encontrando en la terapia de cada paciente. Estos módulos a los que se hace referencia están enfocados a las habilidades de conciencia, al abordaje emocional y opciones de recursos a utilizar, al trabajo con partes y al afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo compulsivo.

A continuación, se indican aspectos relevantes a implementar en la fase 2 con los pacientes TOC.

Psicoeducación acerca del trastorno

Introducir psicoeducación acerca del trastorno, los elementos del proceso obsesivo compulsivo, las áreas del cerebro implicadas, los factores que contribuyen al mantenimiento del mismo y el efecto de la terapia. En este sentido ver con el paciente el video “cambia tu mente” puede ser de ayuda.

Lo cual permite al terapeuta mostrar al paciente la necesidad de tener habilidades de conciencia y de manejo emocional para afrontar el problema.

Habilidades de conciencia y estrategias mindfulness para la conexión con el aquí y ahora

Está indicado comenzar valorando y entrenando estas habilidades en todos los casos. El paciente tiene que prestar especial atención a cualquier cambio mental, cognitivo o físico durante la terapia. Normalmente debido a los déficits en habilidades de conciencia de los pacientes obsesivos, suelen tener dificultades para reconocer emociones y sus correlatos físicos en el cuerpo.

Debido a los déficits de integración y a las fobias afectivas, hay que realizar un entrenamiento específico en habilidades de conciencia antes de que pueda tener consciencia de los cambios durante la terapia. Teniendo en cuenta la naturaleza de la traumatización en los trastornos obsesivo compulsivos, donde la evitación de tomar conciencia es un aspecto que la define, a menos que se prepare el sistema, el menor de los efectos es el looping.

Sin embargo, no se requiere en la mayoría de los casos un entrenamiento largo en estas habilidades. Se pueden utilizar diversos registros incluyendo el registro funcional del proceso obsesivo compulsivo.

Asimismo, el entrenamiento en mindfulness mediante ejercicios de conexión con el aquí y ahora, el uso del método de instalación constante de orientación presente y seguridad (CIPOS) y el promover la metac conciencia desde el principio de la terapia con entretejidos autorreflexivos y psicoeducativos son objetivos de este módulo.

Estrategias para el abordaje emocional

Este objetivo introduce un trabajo más o menos dilatado, en función de cada paciente. Se necesita realizar previamente psicoeducación acerca de las emociones. Dotar al paciente de técnicas y habilidades para detener la hiper o hipoactivación. Recurrir al uso del cuerpo como recurso para detener la aceleración traumática. Entrenar la coherencia cardíaca o realizar ejercicios para la integración del miedo paralizador son opciones a considerar, dependiendo del paciente.

Shapiro (2001) indica que antes de procesar el trauma con EMDR han de darse ciertos requisitos como una buena tolerancia emocional y capacidad de asumir un malestar a corto plazo para aliviar el de largo plazo. Las obsesiones y compulsiones se generan con base en la fobia a los afectos. La evitación de las emociones

difíciles de tolerar se refuerza por la carencia de habilidades de control y manejo emocional.

El manejo de afectos y sensaciones físicas perturbadoras es otro objetivo a desarrollar en los pacientes TOC, ya que, debido a sus fobias emocionales y a la tendencia de huir del malestar, no las han desarrollado.

Es necesario realizar un entrenamiento en habilidades de control emocional donde un objetivo prioritario es el control de tipo interno para reforzar con EBL los logros en el manejo emocional. El método adaptado de Omaha de habilidades de manejo emocional realizado en sesión con el paciente, es una manera de exponerse y desensibilizarse ante lo temido. Se pueden ensayar estas habilidades de manejo emocional partiendo de los disparadores de obsesiones, con la idea de reforzar el uso de recursos y la sensación de control del paciente. Se le puede pedir al paciente que lo practique él solo, ya que mediante el ejercicio se expone a emociones, sensaciones, pensamientos, favoreciendo la desensibilización de los miedos interoceptivos y reforzando el “control” interno.

Como se indicó anteriormente, dotar al paciente de recursos y habilidades internas constituye un objetivo previo a cualquier otra intervención, lo cual implica una fase de preparación, más o menos extensa según cada paciente, que se enfoca a enseñar y practicar lo aprendido.

Con respecto a las emociones y sensaciones físicas temidas, con el fin de aumentar la tolerancia emocional hay que recurrir a diversos métodos que combinan estrategias cognitivas, conductuales, el uso de recursos y de estimulación bilateral (EBL). Técnicas de relajación, respiración, los 4 elementos, chorro de luz, la técnica de espiral, el cambio de respiración, o el desarrollo e instalación de recursos son ejemplos de ello.

Respecto al miedo a los afectos y/o sensaciones físicas, aprender a manejarlos y desensibilizarse de estos miedos es tarea que se puede acometer utilizando técnicas basadas en el contracondicionamiento o el procesamiento progresivo, con diversos métodos adaptados de EMDR combinando la EBL con otros recursos.

Hay que valorar también la tolerancia a los afectos positivos. El uso de estimulación bilateral con elementos positivos como recursos o la instalación del lugar seguro nos da una idea de cómo el paciente tolera los afectos positivos.

El trabajo con las partes/tendencias de acción involucradas en el problema obsesivo

Es prioritario conocer la organización de las partes en el mundo interno, el grado de disociación estructural y el análisis de la función de cada una dentro del sistema, para diseñar tanto el orden de los objetivos como las específicas estrategias de intervención. Sin embargo, trabajar con la defensa frente a la fobia al sufrimiento y con la parte a cargo del clúster obsesivo compulsivo va a ser un objetivo terapéutico en todos los casos, sea cual sea la forma en que estén conformados dentro de la estructura como de la funcionalidad del mundo interno.

El trabajo con la defensa frente a la fobia al sufrimiento es ineludible. En la base del TOC se encuentra la fobia afectiva ante la amenaza de dolor. Distintos objetivos hay que considerar en este trabajo. El paciente tiene que entender que como adulto puede afrontar las emociones dolorosas del pasado, del presente y del futuro. Saber que las experiencias de vulnerabilidad son ahora recuerdos y hay que mostrarle el efecto de no afrontar el sufrimiento.

Varias intervenciones están indicadas dentro del trabajo con la parte, psicoeducación, abordar la fobia afectiva y realizar acuerdos como permitir el experimento de acceder a la parte vulnerable para ayudarla. Estos aspectos conectan con la vulnerabilidad que es el núcleo del entramado defensivo que constituye el TOC. Por lo que aprender a manejarlos y desensibilizarse de estos miedos es tarea que se puede acometer utilizando intervenciones reflejadas en los distintos módulos.

El problema obsesivo compulsivo es como un iceberg constituyendo el TOC la punta del mismo, la parte observable del mismo. Las defensas y los contenidos interoceptivos de determinadas vivencias traumáticas se encuentran en la parte sumergida, debajo del nivel de conciencia. Es decir, hay dos niveles de conciencia y en cada uno se encuentran diferentes fobias. En un

nivel accesible a la conciencia se encuentran los miedos relacionados con los disparadores de la obsesión, la fobia a los contenidos mentales que constituyen la obsesión y la catástrofe subyacente. Otros temores que no resultan tan accesibles son el temor a fallar en ciertas consignas perfeccionistas o el temor a no controlar ciertas amenazas físicas e interpersonales. Por último, defendidos de su paso a la conciencia, están el sufrimiento y los aspectos interoceptivos relacionados (emociones, sensaciones, creencias).

Las fobias involucradas en el proceso obsesivo compulsivo señalan o aluden a estas otras fobias. Las obsesiones y compulsiones tienen tanto la finalidad de prevenir, controlar o evitar los temores accesibles como la intencionalidad inconsciente de evitar la conciencia de los temores que subyacen, que pueden abarcar en ciertos casos las fobias disociativas hacia partes sin integrar.

Esta es una razón por la que en determinados pacientes la extinción de las obsesiones puede activar la amenaza de tomar conciencia de estos miedos subyacentes o partes temidas. Es por ello que después de investigar la historia y evolución del problema obsesivo, se pregunte al paciente que nota si imagina que su tratamiento de TOC fuera un éxito.

Asimismo, hay que acometer el trabajo con la parte a cargo del cluster obsesivo compulsivo. En lo referente a las obsesiones hay que conseguir hacer consciente la inutilidad de obtener lo que pretende por medio de la forma paradójica que utiliza, provocando lo que quiere evitar y llegar a acuerdos de funcionamiento para el futuro más adaptativos e instalar recursos para abordar las necesidades y temores para poder llevar a cabo el acuerdo.

Hay que investigar si la forma de funcionar la aprendió de un modelo y si es así, reprocesarlo con protocolo básico EMDR

Respecto a la tendencia de acción compulsiva hay de base creencias inadaptativas involucradas y errores lógicos (consigna perfeccionista, sobrestimación de la cantidad de responsabilidad, consecuencias de haber sido responsable, etc) que se pueden abordar mediante entretejidos y shocks cognitivos.

Aunque se está en la fase 2 está indicado utilizar el abordaje progresivo donde se introduce ya reprocesamiento.

Para concluir el trabajo, con todo el equipo de partes defensivas involucradas en el TOC, se chequean los acuerdos establecidos. Abordar las resistencias, si las hubiera todavía, con herramientas EMDR.

Afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo compulsivo

Es importante dotar al paciente de habilidades de afrontamiento de las obsesiones, que han mostrado su eficacia en la extinción del proceso.

Después de que el paciente tenga información respecto al proceso obsesivo y su mantenimiento, se procede a dotarle de las habilidades para el afrontamiento adaptativo de las obsesiones, que facilita la extinción.

En función de las dificultades específicas, se pueden utilizar diversas intervenciones y protocolos

En sucesivos capítulos, organizados en módulos, se muestran extensamente las intervenciones propuestas, que a continuación se describen de forma esquemática.

El módulo de habilidades de conciencia y estrategias mindfulness para la conexión con el aquí y ahora ya que el paciente tiene que prestar especial atención a cualquier cambio mental, cognitivo o físico durante la terapia y mantener la conexión con el aquí y ahora y promover la metaconciencia desde el principio de la terapia con entretejidos autoreflexivos y psicoeducativos.

El módulo de estrategias para el abordaje emocional, introduce un amplio trabajo que hay que adaptar para cada paciente. Se necesita realizar previamente psicoeducación acerca de las emociones. Dotar al paciente de técnicas y habilidades para detener la hiper o hipoactivación. Recurrir al uso del cuerpo como recurso para detener la aceleración traumática. Entrenar la coherencia cardíaca o realizar ejercicios para la integración del miedo paralizador son opciones a considerar, dependiendo del paciente.

Como se indicó anteriormente, dotar al paciente de recursos y habilidades internas constituye un objetivo previo a cualquier otra intervención, lo cual implica una fase de preparación, más o menos extensa según cada paciente, que se enfoca a enseñar y practicar lo aprendido y al trabajo de desensibilización y reprocesamiento de los miedos.

Con respecto a las emociones y sensaciones físicas temidas, con el fin de aumentar la tolerancia emocional hay que recurrir a diversos métodos que combinan estrategias cognitivas, conductuales, el uso de recursos y de estimulación bilateral (EBL). Técnicas de relajación, respiración, los 4 elementos, chorro de luz, la técnica de espiral, el cambio de respiración, o el desarrollo e instalación de recursos son ejemplos de ello.

Respecto al miedo a los afectos y/o sensaciones físicas, a los disparadores del miedo y ansiedad exteroceptivos (fobias externas) o interoceptivos como las fobias a pensamientos, deseos, creencias, emociones, hay que introducir algún elemento que permita el abordaje emocional.

Estos aspectos conectan con la vulnerabilidad que es el núcleo del entramado defensivo que constituye el TOC. Por lo que aprender a manejarlos y desensibilizarse de estos miedos es tarea que se puede acometer utilizando técnicas basadas en el contracondicionamiento o el procesamiento progresivo, con diversos métodos adaptados de EMDR combinando la EBL con otros recursos. Ejemplos como sumergirse en el miedo con EMD, el método de Linda Jacobson para trabajar con los afectos, el protocolo del dedo meñique, el protocolo de tolerancia a la angustia con el estado emocional generado por el disparador junto a la obsesión y la situación de prevención de respuesta o el protocolo de tolerancia al afecto positivo, se muestran como opciones terapéuticas.

El módulo de trabajo con las partes/tendencias de acción involucradas en el problema obsesivo es un objetivo terapéutico en todos los casos, en el cual se muestran los objetivos e intervenciones detalladas.

El módulo para el afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo compulsivo está enfocado tanto a dotar al paciente de habilidades de afrontamiento de las obsesiones, que han mostrado su eficacia en la extinción del proceso.

Asimismo, entrenar al paciente en el uso de técnicas como la exposición, prevención de respuesta y habilidades de manejo emocional le ayudan en la implementación de formas adaptativas de afrontar la obsesión e integrarlo todo mediante el protocolo de

regulación afectiva relacional para generar la extinción del proceso, reforzando el sentimiento de control y desensibilizando temores.

Si el paciente, después de estar dotado de las habilidades para el afrontamiento adaptativo de las obsesiones, no es capaz de implementarlas, hay que investigar los factores limitantes que contribuyen a mantener el problema. El miedo a los afectos, determinadas creencias inadaptativas, el valor de refuerzo de la compulsión, etc y las defensas pueden ser la causa de dificultades en la utilización de esas habilidades de afrontamiento.

Adaptaciones en las Fases 3 a 8

Referente a estas fases, se van a separar las dianas relacionadas directamente con la sintomatología obsesiva compulsiva de las relacionadas con otros síntomas que también suelen estar presentes en el trastorno como inseguridad y falta de autoestima.

Respecto a la sintomatología obsesiva compulsiva, se indican las dianas del pasado a reprocesar

La Traumatización frente al fracaso defensivo (TFD), cuyo reprocesamiento va a necesitar bastante trabajo y muchas intervenciones. Hay diferentes tendencias de acción involucradas en el clúster obsesivo compulsivo por lo que va a requerir abordar muchos canales. En capítulos posteriores se indica una guía de intervenciones adaptadas en el trabajo con algunas de las distintas partes/tendencias de acción constituyentes del clúster obsesivo, que se pueden encontrar con frecuencia, pero que pueden variar según el caso.

El recuerdo alimentador del miedo obsesivo es otra diana a reprocesar. En ocasiones el recuerdo origen del miedo obsesivo puede ser transgeneracional. En cualquier caso, se abordan con protocolo básico EMDR.

Las dianas del presente incluyen los disparadores de obsesiones y compulsiones mediante protocolo EMDR y el protocolo de Popky; la Traumatización Obsesiva (TOB) con el protocolo adaptado EMDR y los sueños, que van surgiendo a raíz del acuerdo con la parte a cargo de las obsesiones con protocolo básico EMDR.

Antes de implementar la plantilla de futuro, hay que asegurarse que el paciente tiene información sobre las habilidades de afrontamiento

del proceso obsesivo compulsivo.

Como plantilla, se le pide al paciente que imagine una película en la que hace exposición con prevención de respuesta, mientras va notando cómo está manejando la situación y lo que piensa, siente y experimenta en el cuerpo con la nueva creencia positiva y la nueva sensación corporal.

Respecto a la otra sintomatología presente en el trastorno, como dianas del pasado se propone reprocesar con protocolo estándar EMDR el recuerdo fuente (filogenético y ontogénico), recuerdos de apego inseguro/desorganizado, así como los recuerdos conectados con los disparadores de obsesiones y miedos y para reprocesar las creencias nucleares, se propone utilizar el “segundo método”.

Como dianas del presente los disparadores de miedos, inseguridad y falta de autoestima

Como plantilla de futuro se pasa una película en la que el paciente va notando cómo está manejando las situaciones y lo que piensa, siente y experimenta en el cuerpo con la nueva creencia positiva y la nueva sensación corporal.

Capítulo 13 / Fase 1: historia clínica

Antecedentes

En el trabajo con el enfoque psicoterapéutico de EMDR, los clínicos necesitan recopilar información acerca de los problemas actuales, así como de las experiencias vitales adversas y traumáticas del pasado.

Sin embargo, como se explicó anteriormente, un problema frecuente de muchos pacientes TOC es que no revelan espontáneamente los patrones de apego disfuncionales porque suelen tener idealizados a sus progenitores, minimizan los aspectos emocionales de sus experiencias traumáticas y no tienen conciencia de los aspectos interoceptivos básicos del tipo de traumatización que subyace al trastorno. Ello es debido a que han desarrollado multitud de defensas. Estos aspectos requieren hacer adaptaciones del enfoque estandarizado de la historia clínica.

En las siguientes líneas se muestra tanto un guión general para recoger la información necesaria que permita hacer una buena conceptualización y planificación de un caso, como también las estrategias específicas a incluir en los Trastornos Obsesivo-Compulsivos.

Como bien es sabido, en la Fase 1 de la historia clínica se hace necesario tener una estrategia específica para acceder a la información necesaria para la conceptualización de este tipo de trastorno y establecer los blancos a reprocesar.

Para enfocar la evaluación hacia los aspectos específicos que se requiere conocer, encaminados a identificar los orígenes del trastorno desde la perspectiva de la PAI y los retos específicos en este tipo de pacientes obsesivos, se precisa necesariamente la comprensión del modelo etiológico que fundamenta el trastorno obsesivo.

Como se ha venido aconsejando es fundamental hacer un correcto diagnóstico y evaluar si el problema obsesivo-compulsivo que plantea un paciente es un síntoma más de un trastorno disociativo,

lo que puede conllevar como estrategia terapéutica dar prioridad a otros problemas, antes de abordar lo obsesivo. En cualquier caso, es necesario comprender el papel que tiene la parte a cargo de las obsesiones y sus relaciones dentro del mundo interno. El diagnóstico específico y el conocimiento del mundo interno del paciente obsesivo, son aspectos clave para la planificación de la terapia.

En el TOC, y debido a la especial configuración de la traumatización, es difícil acceder al núcleo traumático porque, aunque los pacientes suelen tener conciencia de las experiencias traumáticas, no la tienen de los aspectos interoceptivos ni del efecto emocional. Lo que quiere decir es que ciertos elementos de la memoria traumática no son directamente accesibles a la conciencia, ya que están disociados y sujetos a procesos defensivos. Es especialmente necesario tener una estrategia específica para acceder a la información que se necesita para reprocesar.

Muchos eventos relevantes en el problema suelen ser los denominados “traumas ocultos”. Aspectos ligados a necesidades interpersonales sin satisfacer, sufrimiento parental o problemas en la pareja de los padres suelen ser hechos frecuentes, pero que, debido a la idealización, o a sentimientos de culpa, algunos pacientes no lo indican y suelen describir una infancia feliz, con unos padres estupendos.

También pueden usar la negación acerca de las consecuencias que esas circunstancias han tenido en sus vidas, debido a sus esquemas de defensa, lo que les lleva a evitar la toma de conciencia de los aspectos dolorosos.

La traumatización al fracaso defensivo que dinamitó la vivencia almacenándola disfuncionalmente en distintas redes y niveles de conciencia, y generó la disociación estructural de partes defensivas, suele ser recordada por el paciente, aunque disociada de ciertos elementos interoceptivos. Estos elementos disociados de la experiencia son difíciles de acceder debido al cluster de defensas que protegen de que se manifiesten conscientemente. Precisamente el contenido de la obsesión es el resultado de un desplazamiento defensivo que encubre el material interoceptivo traumático. Todo lo

anterior plantea la necesidad de utilizar una estrategia que permita acceder al núcleo del problema.

En líneas sucesivas se recuerdan los aspectos a evaluar de una manera general, y asimismo se citan instrumentos específicos para uso en el TOC que se desarrollaron en los capítulos enfocados a la evaluación. Aunque cada clínico puede optar por elegir el método de evaluación que considere más idóneo y con el que se encuentre más identificado.

Datos a recoger de la historia del paciente

La historia clínica debe contener una breve descripción de la historia de la paciente, con los antecedentes, la historia hasta la actualidad con datos acerca de los estudios, el trabajo y la pareja, tanto referente al pasado como al presente.

El apego

Este aspecto es de especial relevancia en general y muy especialmente en este tipo de trastornos, como se explicó en el modelo. El apego inseguro es común en los obsesivos, por lo que hay que investigar las relaciones con los padres y otras figuras que han formado parte de su vida y definir el tipo de apego que tiene con cada persona importante, explicando el porqué y los recuerdos base.

También hay que investigar recursos positivos relacionales, que van a servir a lo largo del tratamiento.

Eventos traumáticos

Conocer los eventos traumáticos en la infancia y adolescencia, como separaciones y pérdidas, experiencias de rechazo, experiencias de preocupación o de estar asustado, los castigos cuando se portaba mal o si ha habido maltrato o abusos.

Especial incidencia tienen en el obsesivo las experiencias de preocupación o de estar asustado. La traumatización que presenta el paciente TOC no sólo tiene que ver con lo que realmente estaba ocurriendo, sino muy especialmente con elementos interoceptivos como los pensamientos, interpretaciones y emociones dolorosas en esa situación. De hecho, cuando el obsesivo tiene que afrontar una situación temida, objeto del contenido obsesivo, sorprendentemente

suele afrontarla bien. Lo que les perturba es la idea obsesiva, más que la realidad.

Asimismo, hay que recoger los eventos traumáticos de la edad adulta.

Aspectos específicos del trastorno obsesivo-compulsivo

A continuación, se citan los aspectos específicos que hay que investigar en un TOC

Historia y evolución del problema obsesivo compulsivo

En este apartado, además de investigar episodios previos con la misma o diferente sintomatología, la respuesta a tratamientos, ingresos psiquiátricos y experiencias con terapias previas, hay que hacer la propia historia y evolución del problema obsesivo-compulsivo.

Si la persona tiene obsesiones con distinto contenido, hay que evaluar de manera independiente cada contenido obsesivo. Con cada obsesión hay que obtener la siguiente información a lo largo de la historia del problema:

- Evento precipitador de la obsesión
- Disparador
- Contenido obsesivo
- Intensidad de la perturbación generada por el problema (SUD) entre 0 y 10
- Respuestas neutralizadoras mentales y conductuales

Se completa la información con la elaboración de un gráfico que recoja la historia y evolución del trastorno.

Estructura de temores implicados en el problema obsesivo

Los miedos más accesibles e inmediatos son la *fobia al disparador* y el *miedo a la propia obsesión* que se mantiene por el valor de realidad que se asigna al pensamiento y por la escasa tolerancia a la angustia.

El *miedo a los contenidos del TN* que agrupa representaciones de diversa índole, tanto relacionados con la amenaza exteroceptiva como interoceptiva.

Las *fobias afectivas* y a los aspectos relacionados como emociones, sensaciones, o la *fobia a las partes que contienen el dolor*.

También están los miedos al “*no control*” que alimenta el temor a los peligros potenciales asociados a la causa del TN o a los cambios.

Un papel relevante adquiere también el *miedo a fallar en un ámbito, rol o actividad* (ser perfecta como persona, madre, trabajadora, etc.), así como otras *fobias y temores que alimentan los disparadores* de obsesiones.

Experiencias origen de los temores

Las experiencias que hay que conocer para la conceptualización de un caso TOC son:

El recuerdo fuente que es la experiencia origen de la vulnerabilidad ante el sufrimiento generado por los contenidos constitutivos del TN, el recuerdo de traumatización al fracaso defensivo frente al dolor del TN, el evento precipitador del problema, la traumatización obsesiva (eventos 1º, peor y actual de la historia del problema), la experiencia alimentadora de la catástrofe subyacente al miedo obsesivo y otras que alimentan el temor a lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso y los recuerdos que generaron y refuerzan las creencias de vulnerabilidad, falta de seguridad y autoestima.

Proceso obsesivo-compulsivo actual

También hay que definir el proceso obsesivo-compulsivo en la actualidad para cada contenido específico, con los distintos aspectos involucrados en el mismo, reflejándolos en un diagrama funcional que incluya: los disparadores actuales para cada contenido obsesivo específico, tipo de obsesión (pensamiento, imagen, impulso) y contenido obsesivo, creencias que mantienen el proceso obsesivo entre las que se encuentran ciertas metacogniciones y las respuestas neutralizadoras de las obsesiones tanto de naturaleza cognitiva como conductual.

Regulación emocional

La falta de regulación emocional es una carencia básica de este tipo de pacientes, fundamentada en la vulnerabilidad frente al estrés y otros afectos, con origen en déficits de integración y mantenida por las fobias afectivas y las ineficaces estrategias de manejo emocional basadas en la evitación, el control y las racionalizaciones.

Otro aspecto a conocer es el patrón de autocuidado, donde también hay carencias específicas con origen en un tipo de apego

inseguro, donde suele ser común el anteponer siempre las necesidades ajenas a las propias y la falta de conciencia y atención respecto de las necesidades propias.

Estructura de personalidad, defensas y nivel de disociación estructural

Este aspecto es de especial relevancia en los pacientes con sintomatología obsesiva. Aunque la disociación estructural estará presente en algún grado en todos los pacientes con TOC, es necesario evaluar en cada caso si el TOC puede ser un síntoma de un trastorno disociativo, por lo que hay que diagnosticarlo previamente.

Conocer el sistema interno y las partes involucradas en el problema obsesivo es un objetivo importante de la terapia, ya que se necesita hacer un relevante trabajo con las partes. Específicamente hay que conocer las partes involucradas en el problema obsesivo, función, experiencia origen, creencias, tendencias de acción características y grado de disociación entre ellas. El problema obsesivo suele involucrar normalmente a diferentes partes que hay que conocer, así como sus relaciones estructurales y funcionales con las otras partes del sistema interno.

Con cada parte defensiva hay que investigar: para qué (función), desde cuándo, por qué (qué estaba pasando), cómo hace su función, qué la activa (primer disparador y actuales), qué necesita, qué teme, orientación al presente y relación con otras partes.

En este tipo de problema donde las fobias a los afectos y a los contenidos mentales son un aspecto clave, hay que investigar detalladamente el miedo a los recuerdos, a las acciones mentales, las fobias afectivas y el nivel de conciencia de traumatización.

Los recuerdos positivos

En la evaluación, también hay que incluir información acerca de recuerdos donde el paciente se ha sentido seguro, con fortaleza, con control, con valía e instalarlos.

Línea del tiempo de los eventos que contribuyen al problema obsesivo

Hacer un cuadro con la edad, el evento traumático, síntoma y creencias negativas. Las creencias negativas persistentes o

intrusivas pueden ir en la lista de síntomas asociadas a las experiencias donde se generan y las que las alimentan.

- Eventos perinatales traumáticos
- Experiencias relacionadas con el apego inseguro
- Recuerdo fuente, origen de la defensa vulnerabilidad al sufrimiento ante el TN (núcleo afectivo-cognitivo)
- Recuerdo de traumatización al fracaso defensivo de la defensa frente al dolor del TN (TFD)
- Evento precipitador del problema
- Experiencia alimentadora del miedo a la catástrofe subyacente al miedo obsesivo
- Traumatización obsesiva (primer evento obsesivo, peor y actual)
- Evento/modelo fundante del modo defensivo de las acciones mentales obsesivas (si lo hubiera)
- Recuerdos alimentadores de los disparadores de la obsesión
- Otros recuerdos que forman la base sobre la que se refuerzan las creencias nucleares de vulnerabilidad, falta de seguridad y autoestima.

Capítulo 14 / Ejemplos de Evaluación y Conceptualización de casos TOC

Introducción

En párrafos sucesivos, se muestran algunos ejemplos (casos 1, 6 y 8) de cómo utilizar la entrevista con respecto a los componentes del proceso obsesivo y las técnicas flotar para acceder a los distintos temores, creencias y los recuerdos determinantes de la sintomatología obsesiva.

Estos aspectos resultan fundamentales para conceptualizar cada caso, según el Modelo de las Tres Fases del TOC. Respecto a los temores y recuerdos en relación al disparador de la obsesión, es necesario conocer la fobia asociada al disparador y el evento alimentador de dicha fobia, como también otras experiencias alimentadoras de los disparadores de la obsesión. Asimismo, hay que investigar los miedos constituyentes del TN, la estructura de fobias que subyacen en los procesos obsesivo-compulsivos y recuerdos como el recuerdo fuente, origen de la vulnerabilidad al sufrimiento frente al TN, así como el de la traumatización al fracaso defensivo.

Referente al caso nº 8, se introduce una rejilla donde se reflejan los temores (tipo y contenidos) implicados en el problema obsesivo y los recuerdos clave.

En los ejemplos siguientes (casos 2 y 4) se expone el proceso de conceptualización mediante distintos instrumentos de evaluación, y se contrasta la información por medio del trabajo con las partes.

Al final del capítulo se incluye una tabla con una guía para la identificación de los casos que se van mostrando a lo largo del libro como ejemplos de evaluación, conceptualización y aplicación del tratamiento.

Ejemplo caso nº1

En las líneas de más abajo se muestra la implementación de la entrevista estructurada a partir de los procesos obsesivos para obtener los factores (recuerdos, creencias) alimentadores del problema. A este paciente, al que se le disparaban las obsesiones cuando veía cables, clavos, objetos, paquetes, maletas, en un lugar público, se le preguntó:

T: *¿Qué es lo que temes que pudiera pasar?*

P: *Que ocurran desgracias como incendios, explosiones, accidentes, atropellos (fobias)*

T: *¿Qué es lo que más temes de eso?*

P: *No ser capaz de proteger a las personas de cualquier sufrimiento* (miedo a fallar en la consigna defensiva perfeccionista)

T: *¿Qué sería lo peor para ti, si eso que temes, ocurriera?*

P: *Lo peor es cómo me sentiría. No creo que pudiera soportar sentir eso* (emoción ante la que se siente vulnerable)

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias externas que imaginas se pueden derivar?*

P: *El sufrimiento físico o moral de las personas* (amenaza que forma parte del contenido del TN)

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias internas que se pueden derivar?*

P: *El pensar que “soy mala persona”* (creencia nuclear, contenido del TN)

T: *¿Cómo crees que te sentirías si sufrieras esas consecuencias?*

P: *Mucho dolor* (afecto doloroso del TN)

T: *¿Y qué pensarías en relación a tener ese sentimiento de dolor?*
(creencia autoreferente respecto la vulnerabilidad ante el sufrimiento: “cne”)

P: *“No lo puedo soportar”*

T: *Desde tu punto de vista, ¿cuál fue la primera experiencia donde percibiste sufrimiento físico o moral, sentiste dolor y creíste “no lo puedo soportar”?*

P: *Muy pequeño, cuando discutían mis padres y veía sufrir a mi madre* (recuerdo fuente de la vulnerabilidad al sufrimiento frente al TN)

T: *Háblame de esa experiencia, ¿qué crees que pensaste para protegerte de sentir el dolor?*

P: *Creo que pensé “soy malo” porque tengo la culpa de que discutan. Y que tenía que ser bueno y hacer algo para que fueran felices (origen de creencias: “soy responsable de la protección y felicidad de los demás”, “una buena persona protege y hace felices a los demás” y de rasgos como ser obediente y estudiar). Además de que intentaba no pensar en ello (defensa de evitación)*

T: *Si piensas que eso que te trae la obsesión, ocurriera, ¿considerarías que es debido a algún fallo propio?*

P: *Sí, por no conseguir que no sufra nadie*

T: *¿Qué diría de ti como persona?*

P: *“Soy mala persona”*

T: *¿Por qué?*

P: *Por fracasar (error lógico: creencia perfeccionista)*

T: *¿Cómo crees que tienes que ser, actuar, sentir, para no fallar nunca en eso?*

P: *Tengo que conseguir que no sufra nadie y hacer algo para controlar que no les pase nada ni física, ni emocional ni moralmente (consigna perfeccionista defensiva)*

T: *Céntrate en la imagen que representa la peor parte de la situación que te dispara el impulso a hacer la compulsión de que no han atropellado a nadie. ¿Qué palabras describen mejor una creencia negativa sobre ti mismo para esa imagen?*

P: *“Tengo que comprobar que no ha ocurrido ninguna desgracia”*

T: *Cuando te centras en esa imagen y en esas palabras negativas “tengo que comprobar que no ha ocurrido ninguna desgracia”, ¿qué emociones sientes ahora?*

P: *Ansiedad, miedo*

T: *¿En qué parte del cuerpo?*

P: *En el pecho*

P: *Centrándote en esa imagen, esas palabras negativas y en la parte del cuerpo en la que lo estas sintiendo, observa cualquier impulso de conducta o impulso por actuar que venga. ¿Qué notas?*

T: *Noto el impulso a darme la vuelta*

P: *Observa ese impulso de conducta a darte la vuelta y simplemente deja que tu mente retroceda hasta la primera vez en tu vida en la que tuviste el mismo impulso. ¿Qué recuerdo te viene a la*

mente ahora? (flotar con el método d para obtener la experiencia de traumatización al fracaso defensivo)

P: *El día que me metí en medio de la pelea de mis padres y me pegó mi padre una paliza con el cinturón* (traumatización al fracaso defensivo)

Con esta información tenemos los recuerdos implicados en la defensa TOC.

Muy pequeño, oyendo discutir a los padres se generó la vulnerabilidad al sufrimiento frente a los contenidos afectivo-cognitivos relacionados con percibir sufrimiento en sus padres, sentir dolor y pensar “soy malo”, que dio origen a las creencias inadaptativas defensivas: “soy responsable de la protección y felicidad de los demás”; “una buena persona protege y hace felices a los demás”, “tengo que ser bueno” y en la defensa evitativa de no pensar lo doloroso.

El día que se metió en medio de la pelea de los padres y su padre le pegó una paliza con el cinturón, se originó la traumatización al fracaso defensivo que generó la creencia “no puedo fallar”, que se refiere al objetivo de conseguir proteger y hacer felices a los demás y la consigna defensiva “tengo que hacer algo y conseguir que no sufra nadie”.

El *cluster* defensivo a cargo de las obsesiones se enfoca hacia la necesidad de controlar las circunstancias para no fallar en ese objetivo, impulsando conductas compulsivas que reflejan la creencia inadaptativa “tengo o necesito controlar”

Las creencias inadaptativas y errores lógicos del esquema obsesivo son:

- Responsabilidad exagerada o inapropiada: “soy responsable de causar o impedir consecuencias desastrosas”
- Importancia y necesidad de control: “tengo que tener el control en lo importante para mí”
- Perfeccionismo, intolerancia a errores o inexactitudes: “tengo que hacer perfecto lo que me propongo; “no puedo fallar en lo importante para mí”; “tengo que hacer algo y conseguir que no sufra nadie”
- Intolerancia a la incertidumbre o la ambigüedad: “debo sentir miedo o ansiedad ante lo incierto”

- Creencias reflejas negativas, manantiales de perturbación que mantienen las emociones bloqueadas: “no soy capaz de soportar el sufrimiento”; “soy débil”
- Errores lógicos de pensamiento: “errar es igual a fracasar”; “si fallo, tendrá consecuencias graves”; “si cometo un error, no valgo”
- Creencias defensivas: “debo esconder el dolor”; “tengo que evitar pensar, recordar...”
- Creencias nucleares disfuncionales: “soy mala persona”

Ejemplo caso nº6

En este ejemplo se muestra cómo utilizar la estrategia de conceptualización a través de los síntomas obsesivo-compulsivos de una paciente que tiene un bebé de 6 meses y que desde que se quedó embarazada tiene obsesiones sobre si lo que come podría generarle una enfermedad como listeria o toxoplasmosis.

Lo cual la lleva a hacer compulsiones, lavándose las manos con las que ha cogido y pelado fruta, tocado carne y queso. Evita comer carne, leche y especialmente queso. Sólo come verduras cocidas y cereales.

Se utiliza la entrevista entrustructurada a partir de disparadores como tocar queso, lácteos o carne.

T: ¿Cuál es el aspecto del disparador más directamente relacionado con el miedo?

P: Coger listeria, toxoplasmosis o enfermedades similares (fobia específica, es el contenido obsesivo)

T: ¿Qué es lo más perturbador, lo que más temes de esas enfermedades?

P: Que mi hija enferme gravemente de listeria o toxoplasmosis

T: ¿Desde tu punto de vista, qué experiencia te enseñó a conectar el disparador (queso, lácteos, carne) con que tu hija enferme de listeria o toxoplasmosis?”

P: Cuando vi en internet cómo el hijo de un personaje famoso había cogido la listeria por comer su madre queso cuando estaba embarazada (evento alimentador de la fobia del disparador de la obsesión)

Para investigar los contenidos constituyentes del TN y el recuerdo fuente de la fobia al sufrimiento frente al TN, se llevan a cabo las

siguientes intervenciones:

T: *¿Qué es lo peor si piensas o imaginas que tu hija enferma gravemente de listeria o toxoplasmosis? ¿qué es lo que más sufrimiento te genera eso?*

P: *El pensar que es mi culpa* (miedo a fallar)

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias externas que temes se puedan derivar?*

P: *Ser rechazada* (contenido del TN)

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias internas que temes se pueden derivar?*

P: *Pensar que “no valgo”* (contenido del TN)

T: *¿Cómo imaginas que te sentirías si se dieran esas consecuencias?*

P: *Desesperada* (afecto doloroso del TN)

T: *¿Y qué pensarías de ti, en relación a ese sentimiento?*

P: *“No puedo con ello”, “estoy indefensa” “soy débil”* (creencias referentes a la vulnerabilidad ante el sufrimiento)

T: *Desde tu punto de vista, ¿cuál fue la primera experiencia de sufrimiento donde percibiste el rechazo, sentiste desesperación y creíste “no puedo con ello”, “estoy indefensa” o “soy débil”?*

P: *Tendría 5 años y escuché que mi madre estaba disgustada conmigo y hablaba mal de mí a mi padre* (experiencia origen de la fobia al sufrimiento frente al TN)

T: *¿Cómo interpretaste eso?*

P: *Mi madre me rechaza, no me quiere* (rechazo: contenido del TN)

T: *En aquel momento, ¿qué pensaste que tenías que hacer, conseguir, evitar, para protegerte de ese sufrimiento?*

P: *Ser buena haciendo las cosas de la forma que agrade a mi madre*

Se investiga la experiencia de traumatización al fracaso defensivo mediante la opción de flotar b.

T: *Volviendo a la obsesión, piensa o imagina que tu hija enferma gravemente de listeria o toxoplasmosis, ¿qué pensarías de ti si no consigues evitar lo que temes?*

P: *“Soy un fracaso”*

T: *Y eso, ¿qué diría de ti como persona?*

P: *“Que no valgo”*

T: *¿Por qué?*

P: *Porque una persona que vale no fracasa en lo que se propone*
(error lógico)

T: *Imagina que se contagia tu hija de listeria, únelo a la creencia “soy un fracaso”. ¿Puedes sentir las emociones de culpa, desesperación? (la paciente no puede sentirlas). Entonces, ¿puedes notar alguna otra emoción?*

P: *Sí, mucha angustia*

T: *¿Qué sensaciones sientes en el cuerpo?*

P: *Nudo en la garganta y presión en el corazón*

T: *Imagina que se contagia tu hija de listeria, únelo a la creencia “soy un fracaso”, y la angustia que sientes en la garganta y el corazón. Deja que tu mente flote hacia el pasado, un tiempo pasado de tu vida, no busques nada concreto, y dime la primera imagen que te viene donde sentiste un nudo en la garganta y presión en el corazón y pensaste “soy un fracaso” (experiencia de traumatización al fracaso defensivo)*

P: *Me han venido varios recuerdos. El primero en el tiempo es con 14 años. Se había muerto mi padre recientemente (estado vulnerable). Mi madre me había cogido una carta que había escrito a un chico y llorando me reprochaba y culpaba por el dolor que sentía, diciéndome: “¡me estás haciendo mucho daño, eres como Satanás!”. Mi hermana me dio además una paliza por ello (experiencia de traumatización del fracaso defensivo)*

T: *¿Qué consigna te planteaste para protegerte de ese sufrimiento?*

P: *“Tengo que dar la imagen de ser perfecta en todos los sentidos”*
(consigna perfeccionista defensiva)

T: *Y haciendo las cosas así, ¿qué esperabas conseguir?*

P: *Que me aceptaran y no me rechazara nadie*

T: *Y eso, ¿cómo te haría sentir?*

P: *Segura y valiosa*

T: *¿Qué más recuerdos te han venido?*

P: *El más reciente es con 35 años, pero no quiero recordarlo, necesito borrarlo.*

T: *¿Qué pasó?*

P: Me hice un aborto. Pienso que soy la peor persona. He matado a mi futuro hijo. Es imperdonable, no puedo soportar pensarlo. Si mi madre u otras personas se enteraran me rechazarían (experiencia que refuerza la creencia nuclear “no valgo”, contenido del TN)

Ejemplo caso nº 8

El caso que se muestra es un TOC que se manifiesta en a) pensamientos obsesivos acerca de si están dañados o pueden llegar a estarlos (sucios, rotos, deteriorados) objetos de su posesión; b) impulsos encaminados a evitar el contacto con “objetos contaminados”, tirar los objetos propios contaminados o deteriorados, lavarse las manos, los objetos propios, etc.

Se muestra un extracto de la entrevista de conceptualización y en el cuadro un resumen del caso en relación al TOC. Este paciente tiene un Trastorno Disociativo con una parte muy disociada que contiene como información interoceptiva la TFD.

T: Trae a la mente la obsesión

P: ¿Y si he lastimado los libros?

T: ¿Qué es lo que temes que piensas que puede pasar?

P: Que los libros estén dañados por mí

T: ¿Qué es lo peor, lo que más sufrimiento te genera?

P: Fallar en mantener el estado de perfección de las cosas

T: ¿Cuáles son las peores consecuencias externas que imaginas se pueden derivar?

P: Que sea irreversible

T: ¿Cuáles son las peores consecuencias internas que imaginas se pueden derivar?

Tabla 9. Rejilla de temores implicados en caso nº 8

TIPO DE TEMOR	CONTENIDO DEL TEMOR	SUCESO CLAVE
Fobia asociada al disparador de la obsesión	Ensuciar, rasgar, romper, etc. un objeto de su posesión	Modelo de limpiar todo con alcohol (8) Padre tira por la ventana libro que le regaló su madre
Miedo alimentador de la fobia del disparador	Cambios en el estado de las cosas	(7) Padre abandona familia (RF) (9) Miente a su padre y esto provoca que su padre agrede a su madre y tía (TFD)
Miedo a fallar	Fallar, romper la perfección	Mensaje: <i>“no te puedes equivocar”</i> Modelos exigentes, no les valía que sacara 9,5 (9) Creía que padre había matado a madre y tía (TFD) <i>“Por mentir he cometido un error imperdonable Corría y aullaba sin parar (ofuscado)”</i> Sentía esas emociones
Miedo a contenidos mentales	“He cometido un error imperdonable, soy un mentiroso, cobarde”	
Miedo a sensaciones físicas (LO PEOR)	“Sofoco, ofuscación”: respirar mal, calor en el pecho, acelerar el pulso, dolor de cabeza	
Fobias afectivas	Culpa	
	Miedo	
	Dolor	
Temor nuclear	Parte imperfecta moralmente	TFD

P: *Sentir la ofuscación* (respirar mal, calor en el pecho, acelerar el pulso, dolor de cabeza)

T: *¿Cómo crees que te sentirías si sufrieras esas consecuencias?*

P: *Culpa y dolor* (afecto doloroso del TN)

T: *¿Y qué pensarías de ti, en relación a ese sentimiento?*

P: *“Soy débil, no puedo soportarlo”* (creencias referentes a la vulnerabilidad ante el sufrimiento)

T: *Desde tu punto de vista, ¿cuál fue la primera experiencia donde percibiste algo como irreversible, sentiste culpa y dolor y notaste que respirabas mal, calor en el pecho, el pulso acelerado y dolor de cabeza y pensaste “soy débil, no puedo soportarlo”?*

P: *Con 7 años cuando mi padre abandonó a la familia* (recuerdo fuente: RF)

En la tabla 8 se puede ver el tipo de temor, el contenido específico y el suceso clave con el que están conectados. En este caso el TN es referente a una parte disociada constituida por sensaciones físicas con una elevada carga emocional a la que considera imposible de soportar. Esta parte contiene como información interoceptiva: sensaciones de ofuscación, emociones de miedo, culpa y dolor, y creencias “soy un débil y un cobarde” que constituyen el TN que está en la parte disociada.

Ejemplo caso nº 2

Este caso y el siguiente muestran cómo utilizar los distintos instrumentos de forma integrativa, de cara a la conceptualización.

El paciente es un varón de 23 años. El motivo de consulta que plantea tiene que ver con depresión, obsesiones y compulsiones, ansiedad, conductas fóbicas, somatizaciones como dolores de estómago y disturbios en la evacuación, flashbacks sobre acontecimientos pasados (cosas que ha hecho mal) y pesadillas desde niño.

Respecto a las obsesiones y compulsiones presenta miedos obsesivos acerca de cometer errores: ¿y si hago algo que me perjudica a mí o a otras personas?; ¿y si me tratan mal por mi enfermedad?; e impulsos a realizar rituales de orden, lavado de manos y repetición de acciones.

Está medicado con anafranil (1-1-0), loracepan (1/2-1/2-1) y necmactil (1/2-1/2-1).

Evaluación

Se utilizó la entrevista personal y como pruebas objetivas el SCL-90 e IPDE.

Los cuestionarios empleados fueron el de temores, ideas irracionales, mapa de la vida, ICO, creencias bloqueantes, historia y evolución de los procesos obsesivos y el de sufrimiento, ambiente familiar y traumas.

Los resultados obtenidos en el SCL-90 muestran un Índice General de Severidad elevado (GSI=1,52) equivalente al percentil 99 de la población general y al 70 de la población psiquiátrica. En resumen, el paciente presenta *niveles muy elevados* en sintomatología *obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad fóbica*.

En función de los resultados obtenidos en el IPDE, se puede concluir la presencia de un *trastorno de personalidad*, ya que alcanza los tres ítems para varios trastornos:

- **Grupo A (conductas raras):** Esquizoide (4/7), esquizotípico (4/9)
- **Grupo B (conductas dramáticas):** Límite (3/9)
- **Grupo C (conductas ansiosas):** Obsesivo-Compulsivo (6/8), dependencia (4/8) y evitación (8/8)

En relación a las creencias inadaptativas, hay que resaltar:

En el Cuestionario de ideas inadaptativas, presenta puntuaciones relevantes en:

- **IDEA N°6 (P:9):** “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”.
- **IDEA N°7 (P:9):** “Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”.
- **IDEA N°9 (P:8):** “El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”.

En el cuestionario ICO, resaltan las creencias:

- “Tengo la responsabilidad de asegurarme que las cosas se hagan de la única forma correcta: programadas en orden y en tiempo”.
- “No puedo cometer errores”.

Como creencia defensiva presenta la idea “debo evitar el sufrimiento”. Como creencias bloqueantes: “no quiero curarme porque no quiero la vida que he llevado y lo que se me presenta

como futuro”; “el problema lo tendré siempre porque lo llevo en mi personalidad”; “el verdadero problema es el TOC, el miedo al cambio y evitar los problemas” y como creencia nuclear “soy incapaz”.

Los temores que presenta en un nivel máximo son: *personas muertas, fracasar, inyecciones, la suciedad, ver como una persona intimidada a otra, operaciones quirúrgicas, sangre humana*.

En el mapa de vida se destacan como acontecimientos positivos el nacimiento de su hermano (5 años) y acabar el curso con resultados óptimos (15).

Acontecimientos negativos son cuando su madre le culpa de su enfermedad (7), el cambio de colegio (11), las críticas de compañeros y profesora (16), el rechazo de una chica (16), la muerte del abuelo materno (16), cuando deja los estudios (17) y la muerte de su abuelo paterno (19).

Se le diagnostica en el Eje I como trastorno disociativo no especificado, presentando sintomatología del trastorno obsesivo-compulsivo y del trastorno depresivo.

En el Eje II presenta un trastorno de la personalidad no especificado con rasgos evitativos, obsesivo-compulsivo, límite y de dependencia.

Conceptualización del TOC

A través de la entrevista y las técnicas de flotar, se recaba la siguiente información:

T: *Trae a la mente la obsesión*

P: *¿Y si no lo hago bien?*

T: *¿Qué es lo que temes de pensar eso?*

P: *Equivocarme, hacer las cosas mal (miedo a fallar)*

T: *¿Qué es lo peor para ti de eso?*

P: *Pensar que no soy valioso (contenido del TN)*

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias externas que temes se pueden derivar?*

P: *Que no me quieran*

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias internas que temes se pueden derivar?*

P: *Sentiría mucha tristeza (afecto doloroso del TN)*

T: *¿Y que pensarías de ti, en relación a ese sentimiento?*

P: *“No lo puedo controlar”* (creencia referente a la vulnerabilidad ante el sufrimiento)

T: *Desde tu punto de vista, ¿cuál fue la primera experiencia de sufrimiento donde percibiste falta de cariño, sentiste tristeza y pensaste “no lo puedo controlar”?*

P: *Desde muy pequeño, veía que mi madre estaba enferma con depresión. La veía sufrir y que nadie podía ayudarla. Yo sufría porque ella estaba mal y no me quería.* (recuerdo fuente de la fobia al sufrimiento frente al TN)

T: *¿Qué crees que pensó ese niño para protegerse del sufrimiento?*

P: *Que tenía que estar pendiente de su madre e intentar ser bueno para que se alegrara y me quisiera*

T: *Volviendo al contenido de la obsesión, ¿qué pensarías si no consiguieras hacer bien las cosas?*

P: *Me van a rechazar*

T: *Y eso, ¿qué diría de ti como persona?*

P: *“Soy incapaz, no valgo”*

T: *¿Por qué?*

P: *Porque las personas que valen son valoradas y aceptadas* (creencia inadaptiva y error lógico)

T: *¿Cuál ha sido la experiencia de sufrimiento más intenso donde viviste eso que temes, sentiste el rechazo y pensaste “soy incapaz, no valgo”?*

P: *Un día, cuando tenía 7 años, no me quise comer unas judías y mi madre se puso a llorar y a gritar sin control y se fue a la cama. Subí a verla y entonces, gritando y llorando, me dijo que por mi culpa estaba mal* (traumatización al fracaso defensivo)

T: *¿Cómo lo interpretaste?*

P: *Mi madre me rechaza. Es mi culpa porque la hago sufrir.*

T: *En aquel momento, ¿qué pensaste que tenías que ser, hacer, conseguir, evitar, para protegerte de ese sufrimiento?*

P: *Que era mejor no pensarlo* (defensa disociativa de los contenidos mentales dolorosos) *y que tenía que hacer las cosas sin fallar para que mi madre no estuviera mal y me valorara. Pensé que la manera era seguir las normas siempre, ser obediente y sacar las*

mejores notas (tendencias de acción del esquema defensivo que generaron rasgos de personalidad y perfeccionismo)

T: ¿Qué consecuencias tuvo eso en tu vida?

P: Me generó mucho dolor y afectó mucho mi autoestima, además de aumentar el miedo a hacer las cosas mal, a equivocarme y al reproche y la crítica. Por eso pensé que había que evitar problemas y tener mucho cuidado para no fallar. Y sobre todo, fijarme mucho en hacer las cosas en la única forma buena, que es de acuerdo con las normas (consigna defensiva que protege del fallo)

T: Y haciendo las cosas así, ¿qué esperabas conseguir?

P: Por un lado, que me quisieran y aceptaran y sentirme seguro y con valía

T: ¿Recuerdas cuándo aparecieron las primeras obsesiones?

P: Sí, después de que mi madre me culpara de su enfermedad. Cuando me ponía a estudiar, me venían obsesiones ¿y si no lo hago bien?, ¿y si no me da tiempo? y a continuación hacía rituales de repetición como volver las páginas o repetir la lectura una y otra vez (traumatización obsesiva)

T: Ahora me gustaría que trajeras a la mente un disparador actual de la obsesión

P: Cuando enciendo la televisión, siento el impulso de encender y apagar varias veces, mientras voy contando un número de veces

T: Céntrate en esa situación, ¿qué emociones notas y dónde?

P: Siento mucha tensión, sobre todo en brazos y manos

T: Céntrate en esa situación, las palabras “se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso”, nota la tensión en brazos y manos y deja que tu mente flote hacia el pasado, un tiempo pasado de tu vida, no busques nada concreto, y dime la primera imagen que te viene en donde pensaste “se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso” y tuviste tensión, en brazos y manos

Se repite varias veces y al paciente le vienen varios recuerdos de los 16 años. La muerte de su abuelo, el rechazo de una chica que le gustaba, el fracaso de los estudios y la exclusión del grupo (experiencias alimentadoras de las fobias que aluden o señalan a los disparadores de la obsesión).

La consecuencia de estos hechos es la activación de una parte disociada evitativa que le lleva a dejarlo todo (estudios, deporte, amigos) y encerrarse en su cuarto. La generación de rituales como colocar cosas, contar, ordenar, repetir, es la forma cómo la parte obsesiva contribuye a hacer bien las cosas ("soy responsable de asegurarme de que las cosas se hacen de la única forma correcta, que es programadas en orden y tiempo). Cualquier actividad como lavarse, poner la mesa, guardar la ropa, encender equipos, se realiza por medio de rituales. Llegó un momento en que las únicas actividades de su vida son los rituales. Por medio de las tendencias de acción obsesivas se evita la conciencia de su falta de autoestima y obtiene la falsa sensación de que está haciendo bien las cosas.

Información obtenida en el trabajo con partes

Una vez en la sala de reuniones, se invita a las partes a cargo de las obsesiones y de los rituales y luego se pregunta qué partes ve.

P: *Un candado y un papel enrollado*

T: *Desde tu yo adulto, pregunta al candado ¿para qué apareció?*

P: *Para aliviar el sufrimiento de mi madre*

T: *¿Desde cuándo está a cargo?*

P: *A raíz de que mi madre me culpara de su enfermedad*

T: *¿Porqué?*

P: *Para hacer las cosas perfectas y con excelentes resultados*

T: *¿A través de qué aspectos lleva a cabo su función?*

P: *Me genera dudas acerca de si me estoy equivocando*

T: *Pregunta a esa parte ¿qué tiene de bueno, qué quiere conseguir anticipando los fallos?*

P: *Me para. Así no hago nada y no me equivoco.*

T: *Y a través de ello, ¿cómo espera esa parte que te sientas?*

P: *Seguro y capaz*

T: *Y en la realidad, cuando ves que no haces nada en tu vida, ¿qué sientes?*

P: *Tristeza, porque me veo un inútil*

T: *Te das cuenta de que, aunque esa parte tiene una intencionalidad positiva, ¿lo que genera es lo que quiere evitar?*

P: *Sí.*

T: *Ahora pregunta al papel enrollado, cuándo apareció*

P: *A raíz de que mi madre me culpara de su enfermedad*

T: *¿Para qué apareció?*

P: *Controlar para que todo se haga como hay que hacerlo, siguiendo las normas*

Integrar información para conceptualización del caso

Con esta información, se pueden seguir las fases del modelo estructural funcional del TOC.

La fase I, marcada por el sufrimiento de una madre con depresión, que no le atendía, por lo que el paciente creció con carencias en el afecto. Aprendió a temer la tristeza y a pensar “no se puede hacer nada para controlarla”. Contenidos del TN son el abandono, creencias “no valgo”, “soy un inútil” y emociones de miedo, tristeza e impotencia. El esquema defensivo contiene la defensa disociativa de los contenidos mentales dolorosos (“mejor no pensarlo”) y hacer bien las cosas, agradar, ser obediente.

En la fase II, a raíz de que su madre le culpara de su enfermedad por no querer comerse unas judías, se generó la traumatización al fracaso defensivo; la información interoceptiva afectiva cognitiva constituida por la creencia “no valgo”, el pensamiento “hago mal las cosas” y la tristeza, quedó disociada estructuralmente como contenidos implícitos, constituyendo el núcleo de la traumatización.

El *cluster* defensivo queda a cargo de proteger del dolor que supone que esos contenidos salten a la conciencia. Consignas de seguridad que protegen del fallo defensivo son la evitación “es mejor evitar afrontar los problemas antes que hacerles frente” y “tengo que asegurarme siempre que hago las cosas correctamente en tiempo y en orden” y la alerta para no fallar, porque el fallo tiene consecuencias terribles como la crítica y culpabilización, y es una prueba de la falta de valía.

La fase III, con la aparición de la primera obsesión, después de la experiencia donde su madre le culpa, fue cuando se pone a estudiar y le vienen intrusiones del tipo ¿y si no lo hago bien?, ¿y si no me da tiempo?, y aparecen rituales de repetición como volver páginas o repetir la lectura una y otra vez.

Este proceso se generaliza a otras situaciones cuando deja los estudios, a raíz de varios rechazos y el fallo en los estudios. Cualquier actividad como lavarse, poner la mesa, guardar la ropa,

encender equipos, se realiza por medio de rituales. Llega un momento en que las únicas actividades de su vida son los rituales.

Experiencias alimentadoras de los disparadores de la obsesión son la muerte del abuelo, el rechazo de una chica que le gustaba, el fracaso en los estudios y la exclusión del grupo de compañeros.

Ejemplo del caso nº 4

Datos obtenidos por medio de los instrumentos de evaluación

En la evaluación, la paciente es diagnosticada de trastorno disociativo no especificado con sintomatología obsesivo-compulsiva y depresión en el Eje I y en el Eje II de trastorno de personalidad compulsiva con rasgos de límite.

La primera obsesión y compulsión la tiene con 30 años, unos meses después de haber sido madre por primera vez. Por entonces había muerto su abuela de un ictus por negligencia médica, según dice la paciente, y su suegra enfermó de hepatitis y la hospitalizaron.

Al entrar en casa y ver las ruedas del cochecito del bebé se dispara la obsesión ¿y si nos contagiamos?, lo que la impulsa a realizar rituales de lavado del suelo y de las ruedas. En la actualidad la obsesión la impulsa a realizar rituales de lavado con todos los objetos que vienen de la calle como zapatos, bolsas, alimentos, etc. Hay una parte de la casa, donde están los dormitorios, por la que nadie puede pasar calzado.

En la biografía emocional destacan los siguientes recuerdos como los más perturbadores: disgusto muy grande de su madre con su padre a punto de dar a luz, (5) empieza a ser consciente de discusiones frecuentes de sus padres, (8) discusión muy fuerte de los padres, madre se pone histérica y parece que le va a dar algo, (30) muerte de la abuela materna.

Datos obtenidos mediante técnicas floatback con los componentes del proceso obsesivo (disparador de obsesión, contenido de la obsesión, situación disparadora de compulsiones con prevención de respuesta y las creencias asociadas).

T: Trae a la mente la obsesión, ¿qué temes que pase si no llevas a cabo el impulso de limpiar las cosas que entran en casa de la calle?

P: Que estén sucias y se contamine la casa

T: *¿Qué es lo que más temes de eso?*

P: *Que mis hijos enfermen gravemente y mueran*

T: *¿Y qué es lo peor, el mayor sufrimiento de pensar que eso ocurriría?*

P: *Cómo me sentiría*

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias externas que imaginas se podrían derivar?*

P: *Perderles*

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias internas que imaginas se podrían derivar?*

P: *Sentir miedo, indefensión y mucha tristeza. Desesperación. El fin de todo* (contenido afectivo del TN)

T: *¿Y qué pensarías de ti, en relación a ese sentimiento?*

P: *No lo podría soportar* (creencia referente a la vulnerabilidad ante el sufrimiento)

T: *Desde tu punto de vista, ¿cuál fue la primera experiencia de sufrimiento donde percibiste pérdida, sentiste desesperación y creíste que “no podías soportarlo”?*

P: *Muy pequeña, cuando discutían mis padres y creía que mi madre se iba a morir* (recuerdo fuente de la fobia al sufrimiento frente al TN)

T: *¿Cuándo piensas en las discusiones de tus padres, ¿cuál fue la primera? ¿con qué edad?*

P: *No sé*

T: *Vamos a usar el test muscular, ¿lo recuerdas?*

P: *Sí*

T: *¿Fue antes de los 5 años? (respuesta sí)*

T: *¿Fue a los 4? (respuesta no), ¿fue a los 3? (respuesta sí)*

T: *¿Qué era lo peor, lo que más sufrimiento te generaba de esa experiencia? ¿qué sentías?*

P: *Pensar que mi madre podría morir. Sentía mucho miedo, indefensión y mucha tristeza*

T: *¿Qué crees que pensaste para protegerte de sentir el dolor?*

P: *Que no quería sentirme así y tenía que hacer algo para que no muriera mi madre por lo que me ponía en medio en las peleas para pararlas* (esquema defensivo)

T: *Es decir, que te responsabilizaste de la protección de la vida de tu madre para evitar sentir el dolor que no podías soportar*

P: *Creo que sí*

T: *Volviendo a la obsesión, ¿qué pensarías si no consigues evitar lo que temes y sufres?*

P: *Que soy débil, un desastre como persona (creencia constituyente del TN)*

T: *¿Por qué?*

P: *Porque si ocurriera, me hundiría y eso es la prueba de ser una persona débil, sin valía ninguna (error lógico)*

T: *¿Qué significa para ti ser una persona fuerte?*

P: *Sentirse segura, tranquila y bien (creencia inadaptativa)*

T: *¿Cómo te sentirías si pensaras de ti que eres débil?*

P: *Muchísimo dolor. No lo podría soportar*

T: *Trae a la mente la imagen que representa la peor parte de la situación cuando llegas a casa de la calle con tus hijos, cargada de bolsas que te dispara el impulso a hacer la compulsión de quitarnos los zapatos y limpiar los objetos, ¿qué palabras describen mejor una creencia negativa sobre ti mismo para esa imagen?*

P: *“Tengo que controlar”*

T: *Centrándote en esa imagen, esas palabras “tengo que controlar” y en la falta la respiración, observa el impulso a hacer la compulsión de quitarnos los zapatos y limpiar los objetos y dime dónde lo notas en el cuerpo*

P: *En las manos y pies*

T: *Observa la imagen, esas palabras “tengo que controlar”, y ese impulso a realizar compulsiones que notas en manos y pies y simplemente deja que tu mente retroceda hacia el pasado, un tiempo pasado de tu vida, no busques nada concreto, y dime la primera imagen que te viene en donde pensaste “tengo que controlar”, y tuviste esas mismas sensaciones en manos y pies del impulso.*

P: *Me ha venido la peor pelea de mis padres, cuando tenía 8 años (experiencia origen de la traumatización frente al fracaso defensivo)*

T: *¿Qué significó esa experiencia?*

P: *Fue lo peor. Lo viví como su muerte. Me sentí vulnerable y me vi como alguien muy débil por sentir miedo, inseguridad y tanto dolor.*

No podía soportarlo.

T: ¿Qué te planteaste para protegerte de ese sufrimiento y de ese pensamiento negativo acerca de ti?

P: Que tenía que ser una persona fuerte

T: ¿Y te planteaste algo más?

P: Sí, que no podía fallar en proteger la vida de mis seres queridos

T: ¿Qué estaba pasando en tu vida antes de que apareciera la primera obsesión? ¿hubo algún cambio, aunque fuera positivo?

P: Había nacido mi primer hijo (evento precipitador)

T: ¿Cuál es el aspecto del disparador más directamente relacionado con el miedo o ansiedad?

P: La suciedad y contaminación que asocio con el miedo a enfermedades por virus y bacterias (fobia asociada al disparador)

T: ¿Desde tu punto de vista, ha habido alguna experiencia que te enseñó a conectar esos aspectos?

P: Sí, mi suegra había enfermado de hepatitis a poco de nacer el bebé y contagió a un amigo que murió (evento alimentador de la fobia asociada al disparador)

Después se utilizaron las técnicas flotar con los disparadores actuales, las palabras “se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso”, la emoción y la parte del cuerpo donde lo siente. En este caso hacemos la técnica flotar partiendo de la situación de prevención de respuesta, que se muestra en las líneas de más abajo.

T: Ahora te voy a pedir que te imagines que estáis pisando el suelo con los zapatos y no has limpiado con la mopa. ¿Qué es lo que sientes?

P: Miedo

T: ¿Dónde lo estás sintiendo?

P: En el pecho

T: Cuando ves esa imagen y notas ese miedo en el pecho, ¿qué creencia negativa sobre ti misma te puedes decir?

P: “No controlo”

Los recuerdos que salieron, experiencias alimentadoras de los disparadores de la obsesión, fueron:

(6) ver muy alterada a su madre peleando con su padre

(8) Se queda en casa de los abuelos cuando sus padres se van de viaje

(8) Pelea gorda de sus padres

(10) Sus padres se encontraron, estando de viaje, con unas inundaciones donde hubo muchos muertos y estuvieron horas sin saber nada de ellos

(10) Estudiando en casa para exámenes

(25) Abuelo hospitalizado

(30) Muerte de abuela

T: *¿Cuál fue la situación donde se produjo la primera obsesión?*

P: *Al entrar en casa con el bebé y el cochecito del niño y ver las ruedas en contacto con el suelo, sentí el impulso a ponerme a limpiar todo lo que tocaban las ruedas (experiencia origen de traumatización obsesiva)*

Información obtenida en el trabajo con partes

Se muestran las partes involucradas en el problema obsesivo

Una parte triste, que apareció con 3 años, porque cuando peleaban sus padres pensaba que su madre podría morir. Sentía mucho miedo e inseguridad y se sentía indefensa ante esas emociones. Creencias de esa parte son: “no lo puedo soportar”, “tengo que hacer algo para controlar”, “soy débil”.

Una bola negra que protege del sufrimiento generado por enfermedades y muertes y que apareció para proteger a esa niña débil e insegura cuando veía cómo su madre peleaba con su padre y se ponía muy alterada. Hace su función anticipando el peligro potencial y trayéndolo a la mente, buscando la seguridad y tranquilidad.

Una mujer joven apareció alrededor de los 4 años cuando veía preocupada a su madre y débil a su hermano. La función es dar tranquilidad interna a través de la rutina y no ser consciente de los problemas porque cree que por mucho que se esfuerce, son muy difíciles de superar.

Un martillo que apareció a los 8 años, a raíz de la pelea gorda. Su función es controlar por medio de hacer algo o evitar la causa atribuida al dolor.

Una espada levantada que apareció a los 8 años, a raíz de la pelea gorda con la función de estar en alerta para no fallar en el

control.

Integrar información para conceptualización del caso

Con esta información, se pueden seguir las fases del modelo estructural funcional del TOC.

La fase I, con peleas de sus padres que comienzan en el embarazo por temas familiares y un disgusto muy grande de su madre con su padre a punto de dar a luz. A partir de los 3 años empieza a temer que su madre muera en las peleas. Aprendió a temer el miedo, la inseguridad y la tristeza y a pensar “no lo puedo soportar”. Contenidos del TN son la pérdida del vínculo de apego, la creencia “soy débil” y emociones de miedo, inseguridad y tristeza.

El esquema defensivo contiene la defensa disociativa de los contenidos mentales dolorosos (“mejor no pensarlo”) y de la parte que sufre por considerarla “débil” y tendencias de acción conductuales como ponerse en medio de las peleas con el objetivo de hacer algo para controlar.

En la fase II, a raíz de una pelea muy gorda donde percibió que se estaba muriendo su madre en ese momento, se generó la traumatización al fracaso defensivo.

La parte triste, objeto previo de disociación defensiva por la carga de dolor asociada y que además es inaceptable para la autoestima al considerarse una persona débil por tener esas emociones, se disoció también estructuralmente dando lugar a una parte emocional.

El *cluster* defensivo queda a cargo de proteger la parte aparentemente normal de la personalidad de la parte emocional disociada. Consignas de seguridad tienen que ver con ser una “persona fuerte”, lo que supone no ser consciente de la parte disociada y no sentir miedo, inseguridad y tristeza. Partes defensivas son la mujer joven que se encarga de dar tranquilidad interna a través de la rutina y no ser consciente de los problemas, el martillo que se encarga de controlar las causas atribuidas (muerte) al sufrimiento (ruptura de un vínculo de apego) y la bola negra y la espada que alertan, anticipando peligros potenciales para no fallar en el control.

La fase III, con la aparición del primer impulso obsesivo después de ser madre por primera vez, activa la parte defensiva a cargo de

no fallar en el cuidado por medio de controlar el peligro de que su hijo muera que también tiene la función de mantener dissociada la parte débil.

El estímulo disparador es ver la rueda del coche en contacto con el suelo, que es un estímulo asociado a la suciedad, los virus, la enfermedad y la muerte.

La morfología reactiva de la respuesta obsesivo-compulsiva genera la percepción de suciedad (bola negra), la espada levantada (alerta) y el martillo (hacer algo para controlar).

El proceso constituido por el disparador, la morfología reactiva que suscita y las conductas compulsivas dan lugar al inicio de la traumatización obsesiva.

Debido a procesos de condicionamiento los disparadores se generalizan a cualquier objeto que venga de la calle como zapatos, mochilas, libros, alimentos, etc.

En la tabla 10 se puede consultar la guía de los casos planteados en los distintos ejemplos.

Tabla 10. Guía de casos mostrados en los ejemplos

CASO N°	OBSESIONES		DISPARADOR	CONDUCTAS NEUTRALIZACIÓN
	TIPO	CONTENIDO		
1	Pensam.	¿Y si ocurre una desgracia? *incendios, explosiones, accidentes, atropellos	Ver cables, objetos, paquetes, maletas en la calle Olor a gas, quemado Personas que cruzan un semáforo	Quitar los objetos Avisar a los servicios públicos, policía Volverse a comprobar
	Imagen	Atropellos accidentes	No realizar la acción o comprobación	Racionalizar
2	Pensam.	¿Y si hago algo mal? ¿Y si me tratan mal por mi enfermedad?	Realizar cualquier actividad	Evita salir de casa Seguir la rutina Hacer todo con un orden, contando y repitiendo la acción
	Impulso	Hacia realizar la compulsión		Lavado de manos Hacerlo todo con un orden, contando y repitiendo la acción
3	Imagen	Agrediendo a sus hijas con objetos o clavándoselos ella misma	Hijas gritan, lloran, se pelean Comentarios sobre problemas padres-hijos	Intentar desviar la atención
	Pensam.	¿Y si enfermo mentalmente como mi padre? ¿Y si empeoro de mi enfermedad?	Ver a su padre Hacerse analítica	Racionalizar Tomarse la tensión Comprobar el pulso
4	Impulso	Hacia realizar la compulsión	Entrar en casa cualquier miembro de la familia	Limpieza de objetos, alimentos, zapatos, pasillo de acceso a dormitorios No pisar con zapatos la casa
		¿Y si está contaminado?	Percepción de suciedad	
5	Pensam.	¿Y si ocurre algo (accidente, SIDA) a mi o a un ser querido, si no hago un ritual? ¿Y si está sucio/contaminado?	Ver personas vulnerables Deseo de conseguir algo (pareja, trabajo, comprar algo) Tener que ordenar algo	Repetir frases Tocar a una persona un número de veces Toser Pararse Callarse Lavar manos
	Imagen	Haciendo daño a un ser querido		
6	Pensam.	¿Y si cojo la listeria o toxoplasmosis?	Tocar, rozar fruta, carne, queso o lácteos Al comer	Lavarse las manos después de coger o pelar frutas, tocar carne o queso Evita comer todo lo que no sean verduras y cereales
7	Pensam.	¿Y si piensan que soy una persona sucia y despreciable? ¿Y si me pongo nerviosa?	Encontrarse con conocidos Que le pregunten por su familia Tener que hablar en una reunión del trabajo	Evitar las situaciones No mirar a la cara Luchar con la ansiedad Racionalizar
8	Pensam.	¿Y si daño o deterioro objetos míos?	Comer cerca de algo suyo	Los separa
			Percepción somática de suciedad en sus manos	Lavarse las manos
	Impulso		Sacar de casa un objeto no contaminado	Lo envuelve Intenta que no se roce
			Salir de casa con objeto suyo o que está contaminado como llaves, pasaporte, etc.	Lavarlo todo Tirarlo

Capítulo 15 / Fase 2: Preparación de los pacientes

Características de la fase 2 en el TOC

La fase de estabilización se ha descrito como esencial antes de pasar al trabajo con trauma (Courtois, Ford y Cloitre, 2009). En el tratamiento del TOC y los trastornos de estrés extremo temprano y crónico, esto supone muchas particularidades que se deben tener en cuenta, entre ellas el papel de los estados mentales relacionados con el apego y las fobias al apego, la emoción y los recuerdos traumáticos (Van der Hart *et al.*, 2006).

Se recuerda que durante la fase de preparación es importante crear una buena relación terapéutica con el paciente, explicar cómo funciona EMDR, practicar la estimulación bilateral e instalar recursos positivos, según sean necesarios.

La relación terapéutica es un vehículo importantísimo en el tratamiento del paciente con TOC, básica para proporcionar la seguridad y el apoyo que necesita para introducirse en el temido mundo emocional ante el que se siente vulnerable.

Como parte del desarrollo de la alianza terapéutica, los clínicos deberían investigar sobre los problemas de los pacientes en sus psicoterapias anteriores para prevenir dificultades, con base en las relaciones del pasado, que afecten a la relación terapéutica del presente.

El plan de tratamiento tiene que estar adaptado a la conceptualización de cada caso, debiendo identificar las opciones de recursos a utilizar con cada paciente. El trabajo con el TOC supone un trabajo previo, más o menos extenso en función de cada caso, que permita acceder a las complicadas defensas que protegen la conciencia ante contenidos referentes al TN, de sus consecuencias de sufrimiento y del fracaso defensivo.

Para hacer una buena preparación del tratamiento de un TOC, una vez realizada la conceptualización es necesario comprender el papel que tiene la parte a cargo de las obsesiones dentro del mundo interno.

En esta fase 2 el terapeuta tiene que plantearse por dónde empezar, valorar si es necesaria una preparación larga en autoconciencia y elegir el tipo de habilidades de control emocional y los recursos para cada paciente. Estas elecciones están basadas en la conceptualización del caso.

El objetivo final es poder abordar las memorias que están en la base tanto de la sintomatología obsesiva compulsiva como de la vulnerabilidad, la falta de seguridad y autoestima, a partir de la fase 3 del protocolo. Antes hay que realizar un trabajo progresivo con EMDR, comenzando por dotar a los pacientes de habilidades de autoconocimiento, en las que suelen tener déficits, darles herramientas de control emocional, implementar habilidades de afrontamiento, así como trabajar con las partes involucradas en el trastorno.

Fundamentalmente, la fase de estabilización se aborda tanto desde pautas “arriba abajo” como de “abajo arriba”, donde la experiencia corporal se convierte en el principal punto de entrada en muchos casos. En el obsesivo, los déficits de integración que presenta secuestran la capacidad para la regulación de arriba abajo.

Por ejemplo, si una sensación corporal como un aumento de la frecuencia cardíaca se interpreta como miedo o pánico, cada uno de los aspectos de la experiencia sensoriomotora y emocional implica y comprende al otro. Si, además, cada sensación se interpreta con el significado “estoy en peligro”, entonces la sensación física y la emoción se intensifican aún más y la activación puede escalar rápidamente más allá de la tolerancia de la persona o de su capacidad integradora. La regulación de arriba abajo se pierde temporalmente dejando al individuo a merced del secuestro de abajo arriba, de forma que los componentes autonómico y somático requieren ser abordados por medio del procesamiento de abajo arriba. Lo cual refuerza la necesidad de utilizar el abordaje progresivo que proponen Gonzalez y Mosquera (2012), introduciendo ya elementos de procesamiento desde la fase de estabilización como se muestra por ejemplo en algunas intervenciones del módulo enfocado al abordaje emocional.

Hay que tener en cuenta que algunas memorias traumáticas, origen del problema, están disociadas de los aspectos

interoceptivos, con base en defensas con intencionalidad inconsciente, disociadas estructuralmente y a cargo de la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Acceder a ciertos aspectos de estas memorias como son el afecto y otras percepciones dolorosas para reprocesar todos los elementos de la red del recuerdo es claramente imposible, en principio, porque precisamente el cluster defensivo protege de la consciencia sobre elementos interoceptivos contenidos implícitos del recuerdo, con el fin último de defender del dolor y de la vulnerabilidad ante el mismo.

En general, más que el trabajo con el recuerdo del trauma, lo que a estos pacientes les resulta muy duro es conectar con el núcleo de su vulnerabilidad al sufrimiento, que señala su falta de seguridad y autoestima. Una parte de la estructura de su personalidad se fundamenta en rasgos defensivos y en el control de las circunstancias que pudieran activar la inseguridad y la conciencia de sus carencias. Por otra parte, la intensa fobia a las acciones mentales que presentan los pacientes obsesivos hace inaccesible la aproximación directa a los contenidos temidos. Este tipo de pacientes incluso pone en marcha respuestas defensivas en la identificación de ciertos elementos interoceptivos del recuerdo traumático, en la fase 3.

El material a utilizar en esta fase 2 se ha organizado en distintos módulos que se muestran por extenso en los capítulos posteriores, que hay que entender de un modo flexible en relación a cada paciente. Los módulos planteados no tienen que entenderse como bloques rígidos de trabajo siguiendo un orden establecido. Muy al contrario, se pueden utilizar elementos de cada uno de ellos de una manera flexible, en función de las necesidades terapéuticas.

Algunas de las técnicas y estrategias específicas para el trastorno obsesivo se indicarán detalladamente, mientras que las más generales pueden consultarse en el libro “Guerreros de la mente” (Pinillos, Fuster, 2011).

Este amplio abanico terapéutico tiene el objetivo de que el clínico pueda tener dónde elegir las intervenciones más idóneas, según cada caso.

Capítulo 16 / El módulo de habilidades de conciencia y estrategias mindfulness para la conexión con el aquí y ahora

Habilidades de conciencia

En las primeras etapas de la terapia, es esencial fomentar la autoobservación, ya que los pacientes obsesivos tienden a evitar ser conscientes de los contenidos dolorosos y del propio dolor. El desarrollo de una perspectiva metacognitiva (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002) es un logro regulatorio básico en estos pacientes, quienes de esa manera pueden llegar a ser conscientes de sus reacciones.

Esta metaperspectiva también es fundamental para facilitar la capacidad de atención dual, con un pie en el pasado y otro en el presente. Esta posición es necesaria para un reprocesamiento EMDR eficaz de memorias en las fases 4 a 8. Para reprocesar con protocolo básico EMDR, el paciente tiene que prestar especial atención a cualquier cambio mental, cognitivo o físico durante la terapia, así como es necesario tener conciencia de elementos como creencias, emociones y sensaciones de una memoria. Sin embargo, debido a las defensas, el obsesivo presenta déficits en habilidades de conciencia por lo que los pacientes suelen tener dificultades para reconocer emociones y sus correlatos físicos en el cuerpo.

El paciente necesita educación afectiva, ya que no suele ser capaz de identificar emociones y sensaciones corporales, por lo que hay que realizar un entrenamiento específico en habilidades de conciencia antes de que pueda tener consciencia de los elementos constituyentes de las memorias y de los cambios durante la terapia.

Asimismo, el entrenamiento en mindfulness, ejercicios de conexión con el aquí y ahora, el uso del método de instalación constante de orientación presente y seguridad (CIPOS) y el promover la

metaconciencia desde el principio de la terapia con entretejidos autoreflexivos y psicoeducativos son objetivos de este módulo.

Antes de elegir qué intervención usar, hay una serie de aspectos previos a considerar en el paciente como es el grado de conciencia, si presenta dificultad para identificar emociones y sensaciones corporales, el nivel de empatía y la capacidad para el uso de la imaginación.

Los pacientes con traumatización severa y los que no han tenido un diálogo y juegos con la madre, no han desarrollado los niveles más altos de funcionamiento, lo que tiene como consecuencia una deficiente metaconciencia. Algunas tendencias de acción de orden superior que configuran el sistema PAI no llegan a desarrollarse plenamente y se genera una vulnerabilidad para desarrollar posteriormente un trastorno disociativo grave (Dutra *et al.*, 2009).

A lo largo de la terapia un objetivo básico es promover la metaconciencia. Desde el principio hay que introducir entretejidos diversos e intervenciones varias con ese propósito.

La regulación emocional no se relaciona sólo con la hipo o hiperactivación, sino con habilidades de conciencia como la percepción de las emociones, el contacto con ellas y la capacidad para su modulación. Sin estas habilidades, el paciente se encontrará fuera de la ventana de tolerancia que es el nivel de activación que permite el reprocesamiento de la información (Ogden, 2000). Es necesario que el paciente adquiera reconocimiento emocional, percepción de sus necesidades, en una interacción adaptativa entre emociones primarias y secundarias y la aceptación de sentir cualquier tipo de emoción.

Como muchos casos carecen de la base para identificar y percibir emociones y sensaciones físicas, se necesita hacer un entrenamiento para aprender a identificarlas. Es similar a enseñar a un niño el alfabeto para que luego pueda leer.

Psicoeducación para el autoconocimiento

Es necesario ayudar a que el paciente se conozca, con sus fortalezas y debilidades y sea capaz de autoobservarse, sin juicios de valor. Como se planteaba anteriormente, es fácil encontrar esta inhabilidad para tomar conciencia de diversos aspectos de sí mismos en los pacientes obsesivos.

El trabajo de psicoeducación requiere que el paciente entienda previamente que el no ser consciente puede acarrear muchos efectos adversos y que el hecho de no ser consciente de algo, no hace que desaparezca. Para solucionar algo, es imprescindible mirarlo de frente, en vez de seguir tapando. La mente es similar al océano, con distintos niveles de profundidad que recogen distintos niveles de conciencia. Las emociones son como las olas en la superficie del océano mientras que la naturaleza fundamental de la mente se halla representada por la profundidad del océano.

Conocerse significa también enfrentar muchos rasgos poco halagadores de uno mismo y de los demás. Estos aspectos condicionan el estilo defensivo de las personas. Una consecuencia de ello es la inatención selectiva que luego se va extendiendo a otras parcelas del conocimiento. Evitar o negar es el peor error que puede hacer un ser humano, pues causa infinitamente más problemas y más conflictos internos y externos que cualquier otra cosa.

Precisamente la terapia de los TOC es una de las más difíciles, entre otras cosas, porque hay defensas a cargo de tendencias de acción mentales y conductuales con que encubren la intencionalidad subyacente de mantener por debajo de la conciencia aspectos dolorosos y el propio dolor.

En el camino del autoconocimiento debemos atender varios tipos de trabajo. Mediante el entrenamiento y el uso de muestras o de un diario, el paciente aprende a autoobservarse de forma que le permita acceder a contenidos no tan accesibles, lo cual requerirá de estrategias adicionales como por ejemplo las técnicas flotar o el trabajo con las partes.

La toma de conciencia permitirá cambiar gradualmente las corrientes internas y las reacciones emocionales, de forma que se liberará una gran cantidad de energía que anteriormente se hallaba bloqueada.

Autoconocimiento

La primera habilidad de conciencia es *observar*, esto es, atender a los hechos, emociones, sensaciones físicas, pensamientos y otras respuestas conductuales. Hay que aprender a permitirse experimentar conscientemente, en el momento, qué está

sucediendo, más que abandonar una situación o intentar hacer desaparecer una emoción. Observar un hecho es diferente que el hecho mismo. Se trata de “experimentar el momento”.

Percibir es darse cuenta de lo que entra a través de los sentidos, por los ojos, oídos, nariz, piel y lengua. Experimentar sin reaccionar a la experiencia.

La segunda habilidad es la de *describir hechos, emociones, sensaciones y respuestas personales con palabras*. La habilidad para aplicar etiquetas verbales a hechos conductuales y ambientales es esencial para la comunicación y el autocontrol.

Como anteriormente se indicó, muchos pacientes TOC carecen de estas habilidades necesarias para el trabajo EMDR. El terapeuta tiene que evaluar si el paciente distingue y percibe emociones y sensaciones en el cuerpo con ejemplos donde se le pide recordar situaciones tanto positivas como negativas para ver si es capaz de identificar emociones y sensaciones en el cuerpo. Si no es capaz, hay que entrenar esta habilidad.

En ocasiones, hay pacientes incapaces de identificar lo que sienten en su cuerpo y de conectar esa sensación física con emoción alguna. Todo lo que alcanzan a decir son cosas como “me encuentro mal y no sé por qué, tampoco me afecta tanto...”

Los esfuerzos para poder llegar a algún tipo de concreción suelen ser infructuosos. El problema se denomina Alexitimia. En estos casos hay que empezar a enseñar al paciente a reconocer sus sensaciones y emociones, paso a paso.

Se necesita psicoeducación para explicar que todas las emociones, por definición, se sienten en el cuerpo y que su función básica es motivar para la acción, facilitando la adaptación a la vida.

Si estamos a punto de entrar en un examen y sentimos un nudo en el estómago que nos impide desayunar, vamos al baño y a los 5 minutos tenemos la sensación de querer ir de nuevo, sudamos un montón a pesar de que la temperatura es agradable, y nos tiembla el pulso... pensamos: “¡Vaya! Parece que estoy muy nervioso ante este examen.

Pero si, por el contrario, percibimos que hemos desayunado bien, vamos al baño y no tenemos ganas de volver un instante después, sudamos conforme a la temperatura ambiente, y mantenemos un

pulso firme y cadencioso... entonces pensamos: “¡Vaya! ¡Parece que estoy muy tranquilo ante este examen!

Las sensaciones que percibimos en nuestro cuerpo son las que nos indican si hay alguna emoción dentro de nosotros y nos pueden dar claves acerca de la emoción de que se trata.

Cuando el paciente es incapaz de identificar una emoción, al menos queda la alternativa de centrar la atención en lo más evidente, la propia sensación de malestar que le embarga. Podemos iniciar nuestra actividad de conexión con el cuerpo simplemente sintiéndolo, acostumbrándonos a los mensajes que nos envía y viendo cómo lo hace.

Pero esta habilidad es susceptible de entrenamiento mediante el uso de registros, muestras y ejercicios de conexión con el cuerpo que se muestran más abajo.

Ejercicios de contacto con el cuerpo

Ejercicio 1: Notar la respiración

Dedicar 10 minutos al día para notar la respiración, sentir cómo el aire entra y sale del cuerpo, ser consciente de las sensaciones que produce notar de forma voluntaria la respiración pausada y rítmica.

Imaginar que los pulmones son como un fuelle que se hincha y se deshinchas con la entrada y salida del aire. Notar las sensaciones que se correlacionan con la respiración pausada.

Ejercicio 2: Tocar cosas

Elegir varias cosas que haya en casa (una naranja, un vaso de cristal, algo de metal, una tela lisa, otra rugosa, etc.) y tocarlas. Intentar ser consciente de las sensaciones que producen en el cuerpo las diferentes texturas, notar también si sugieren emociones y si se manifiesta algún síntoma físico en el cuerpo.

Cerrar los ojos y trabajar con la imaginación para dar forma a las diferentes texturas a partir de lo que perciben las manos.

Ejercicio 3: Percibir olores

Elegir un olor o perfume. Percibirlo sin más. Sentir cómo está el cuerpo cada vez que se inhala ese perfume con conciencia. Llenar un pequeño frasco y llevarlo encima. Utilizar la conciencia del olor cada vez que se perciba un malestar o perturbación.

Ejercicio 4: Localizar sensaciones físicas

Un modo muy sencillo consiste en colocar una alarma que suene cada hora. Cada vez que suene la alarma abandonar cualquier actividad en la que se esté ocupado y preguntarse: “¿tengo alguna sensación física?; ¿tengo hambre, sed, ganas de ir al baño? (si se identifica alguna necesidad fisiológica hay que satisfacerla). Y realizar lo mismo a nivel emocional con preguntas del tipo: ¿me siento bien, mal, neutro?; ¿dónde lo siento?

Esto funciona muy bien: a la segunda semana se sigue cada dos horas, luego cada tres... También podemos en ese día especial de conocimiento y conexión con el cuerpo fijar nuestra atención en las sensaciones físicas al comer, beber, ducharse, acariciar al perro...

Registros emoción-sensación

Se le puede pedir al paciente como trabajo complementario para casa que rellene un registro con emociones y las sensaciones asociadas que siente en el cuerpo. Para ayudarlo a identificar estos aspectos, es útil darle unos listados de emociones-sensaciones y de elementos de tipo sensoriomotriz.

Antes, en sesión se practican ejercicios haciéndole imaginar situaciones, hasta que es capaz de observar las emociones y las sensaciones que siente, relatándolas en voz alta.

Tabla 11. Listado de emociones

FELIZ	TRISTE	ENFADADO	ASUSTADO
Eufórico	Desesperado	Furioso	Aterrorizado
Radiante	Deprimido	Exacerbado	Turbado
Entusiasmado	Destruído	Encolerizado	Angustiado
Alegre	Afligido	Airado	Atemorizado
Exaltado	Amargado	Irritado	Inseguro
Gozoso	Desolado	Agresivo	Ansioso
Contento	Desmoralizado	Crispado	Temeroso
Satisfecho	Desalentado	Fastidiado	Disgustado
Orgulloso	Apático	Molesto	Intimidado

CONFUSO	FUERZA	FRUSTRADO	DÉBIL
Aturdido	Potente	Culpable	Impotente
Desconcertado	Poderoso	Amargado	Oprimido
Estupefacto	Vigoroso	Resentido	Vacío
Atontado	Enérgico	Avergonzado	Inseguro
Desorientado	Capaz	Nostálgico	Vulnerable
Pasmado	Dicidido	Humillado	Indeciso
Perplejo	Seguro	Insatisfecho	Incierto
Dubitativo	Optimista	Defraudado	Vacilante
Incómodo	Firme	Engañado	Humillado

Muestras

A través del uso de las muestras dirigimos nuestra atención a una serie de aspectos importantes que van a dar muchísimas claves para el autoconocimiento auténtico. Permiten conocer qué situaciones hacen que el malestar se dispare o aumente, los sentimientos y emociones que se experimentan en ese momento, las sensaciones y síntomas físicos, los diálogos internos que reflejan creencias, intenciones, expectativas, rechazos y deseos, y la forma en que usamos la lógica en estos procesos mentales. Asimismo,

podremos observar la conducta como lo haría un observador externo. De esta forma, podremos evaluarla más objetivamente en relación a su adecuación a las circunstancias. Y, por último, mediante una reflexión se pueden obtener claves que indiquen cómo estos aspectos del presente puedan conectarse con experiencias y sentimientos del pasado.

Tabla 12. Elementos de tipo sensoriomotriz

SENSACIÓN	PERCEPCIÓN SENSORIAL	MOVIMIENTO
Calor/frío	Olores	Inhalación brusca
Tensión/distensión	Imágenes visuales	Tragar
Taquicardias	Ruidos	Abrir los ojos
Sudoración	Tacto	Vibración
Angustia		Temblores
Presión		Espasmos
Nudo		Contracciones
Encogimiento		Andar
Expansión		Correr
Cosquilleos		Coger objetos
Hormigueos		Mover dedos
Quemazón		Expresiones faciales
Sensaciones de torsión		Cambios postulares - Ladear la cabeza
Sensaciones de relajación		Gestos de manos y brazos
Sensaciones de agrandamiento/alargamiento		Hombros levantados
Sensaciones de acortamiento		Respiración contenida
Húmedo		Cabeza hacia abajo y en dirección a la cintura escapular
Eléctrico		Alteración de la alineación entre la cabeza y los hombros
Tirante		
Entumecido		
Dolor: (apagado/sordo, agudo/punzante, moderado y persistente, fijo, asociado a hormigueo o comezón, presión hacia fuera/hacia dentro)		
Mariposas en el estómago		
Nauseas		
Hambre		

Todos ellos son hitos claves del conocimiento personal. Resulta importante que los diseccionemos para poder conocerlos. En un momento de nuestra existencia intervienen los siguientes aspectos:

- La situación definida por el lugar, con quién se está y qué está ocurriendo.
- El sentimiento o emoción en dicho momento. Este sentimiento o emoción se puede definir con un adjetivo: alegría, tristeza, melancolía...
- El estado físico a través de las sensaciones y síntomas físicos que son perceptibles y su lugar en el cuerpo.
- Los pensamientos en ese momento concreto y que están en relación con las valoraciones, interpretaciones, expectativas, creencias, aprendizajes emocionales o las intrusiones.
- La forma de actuar o la conducta. Se corresponde con lo que un observador externo ve que se está haciendo.
- Observar si algo de lo descrito en la muestra se puede asociar a una experiencia del pasado.

Se muestra un modelo de registro que recoge los aspectos indicados anteriormente.

Por medio de las muestras se pueden conocer todos estos aspectos. A continuación, se describe el esquema de toma de muestras psicológicas con el ejemplo de un paciente obsesivo, el denominado caso nº 1:

El paciente va caminando por la calle y acaba de cruzar un semáforo. Escucha el ruido de coches que pasan (*situación*). Y nota mucha ansiedad y cómo la respiración se le para, faltándole el aliento (*sensaciones físicas*). Se siente inseguro (*emoción*). Nota una idea que le invade acerca de la posibilidad de que alguien haya sido atropellado por un coche al pasar (*pensamiento obsesivo*). Entonces se gira para comprobar que no le ha ocurrido nada a nadie y se queda un rato comprobándolo (*conducta compulsiva*). Siente exactamente las mismas sensaciones que lo atenazaban cuando escuchaba a sus padres discutir y tenía que ir a asegurarse de que estaban bien y no había pasado nada (*recuerdo conectado*).

Tabla 13. Modelo para la toma de muestras psicológicas

SITUACIÓN	EMOCIÓN	SENSACIÓN FÍSICA/ PERCEPCIÓN/ MOVIMIENTO	LUGAR DEL CUERPO	PENSAMIENTOS	CONDUCTA	RELACIÓN CON EXPERIENCIAS ANTERIORES

Ejercicios de Mindfulness

A lo largo de la terapia, para desarrollar habilidades de conciencia y reprocesar elementos disfuncionales en el aquí y ahora, se usan preguntas mindfulness como ¿dónde estás notando esa sensación ahora?; ¿de qué te estas dando cuenta o qué has entendido?

Este método es muy útil para pacientes que se salen de la ventana de tolerancia cuando se accede a las memorias traumáticas, impidiendo el procesamiento como consecuencia.

Se usa la escala de cabeza (BHS) para evaluar si el paciente está orientado a la seguridad presente. Para lo que se da la siguiente instrucción.

“Piensa en una línea que va desde aquí (el terapeuta coloca dos dedos 30 centímetros enfrente de su cara) hasta detrás de tu cabeza, hasta la nuca.

“Deja que el punto frontal de la línea signifique que estás completamente consciente de estar aquí, en el presente, conmigo en esta habitación, que puedes fácilmente escuchar lo que te estoy diciendo y que no estás distraído por otros pensamientos. Deja que el otro punto de la línea, detrás de tu cabeza (en la nuca) signifique que estás tan distraído por emociones, sensaciones o imágenes de recuerdos anteriores que sientes que estás en otro sitio y en otro tiempo. Tus ojos pueden estar abiertos, pero tus pensamientos y tu

conciencia están completamente enfocados en otro momento o lugar o experiencia”

Se le pregunta a continuación dónde se posiciona a lo largo de esa línea.

Hay que fortalecer la orientación presente del cliente con ejercicios del tipo de los mostrados anteriormente en el ejemplo, usando:

- Tomar conciencia basada en la respuesta del paciente a una pregunta sencilla como la fecha, diciéndole “piensa en eso” y se inicia una serie corta de EBL para fortalecer la orientación presente del cliente.
- Preguntar ¿qué tiene de bueno estar aquí ahora mismo, en vez de estar en otro sitio? Cualquier cosa que responda, instalarla con EBL.
- Estimular la respuesta orientativa con un juego de agarrar un cojín, pañuelo, sosteniendo algo en la mano, o alternativamente contando hasta 10 y tarareando una canción.
- Pedir al paciente que haga ejercicios aritméticos sencillos.

Otros ejercicios de atención consciente para conectarse con el aquí y ahora se basan en la conciencia del cuerpo y la información sensorial neutra, en la conciencia en el lugar presente, en la conciencia en el año y la edad, en la conciencia en un olor, en la conciencia en las manos, en la conciencia en la relación terapéutica, en la conciencia en la casa donde vive, en la conciencia de los cambios familiares, en la conciencia de la imagen corporal o usando ejercicios de enraizamiento. Para instalar, se utilizan sets cortos de estimulación bilateral, siendo un set corto 6-8 MOs.

Se muestra como ejemplo el caso de un paciente que contaba en sesión que nada más traspasar la puerta de la oficina entraba en un estado de ansiedad extremo por el temor a equivocarse y ser amonestado. Aunque sabía racionalmente que no era probable que ocurriera, de hecho, no había pasado nunca, cuando se situaba delante de su ordenador entraba en un estado de inseguridad y su mente era incapaz de hacer nada.

La razón del problema se encontraba en su conexión con el pasado. Había tenido una educación autoritaria, con exigencias imposibles y con fuertes castigos si no cumplía las expectativas paternas, de forma que ante la amenaza potencial de que su jefe le

preguntara acerca de un proyecto, se le activaba el estado infantil, retrotrayéndolo de alguna manera a su infancia. Por eso, por medio de la conexión con el presente, con el aquí y el ahora, se vuelve al bienestar y a estar dentro de la ventana de tolerancia.

Para hacerlo, veamos cómo se le explicó la técnica para mantenerle conectado con el presente:

T: Piensa en una línea que va desde aquí (colocó la terapeuta dos dedos 30 centímetros enfrente de su cara) hasta detrás de tu cabeza, hasta la nuca.

Deja que el punto frontal de la línea signifique que estás completamente consciente de estar aquí, en el presente, conmigo en esta habitación, que puedes fácilmente escuchar lo que te estoy diciendo y que no estás distraído por otros pensamientos.

Deja que el otro punto de la línea, detrás de tu cabeza (en la nuca) signifique que estás tan distraído por emociones, sensaciones o imágenes de recuerdos anteriores que sientes que estás en otro sitio y en otro tiempo. Tus ojos pueden estar abiertos, ver lo que ocurre ahora mismo, pero tus pensamientos y tu conciencia están completamente enfocados en otro momento o lugar o experiencia. ¿Dónde te posicionas ahora a lo largo de esa línea?

P: En un punto intermedio

T: Intenta centrar la atención en diversos estímulos tanto externos como internos y observa cuál es el que más te conecta con el presente

Se le pedía que pensara, imaginara la situación ansiógena del trabajo, valorando dónde se encontraba en la escala de la cabeza, y a continuación se utilizaron distintos ejercicios de conexión que se le enseñaron y que se muestran a continuación:

- 1. “A partir de ahí vas a comenzar a poner tu atención en lo que sientes físicamente: las sensaciones corporales en el presente, nota el contacto de los pies en el suelo, el cuerpo sobre la silla marcando los límites de la piel, la respiración”. Una vez que toma conciencia, se hace un set corto de EBL.*
- 2. “Ahora centra la atención en los estímulos externos que te rodean, lo que ves, oyes. Mira a tu alrededor, a nivel horizontal, todo lo que te rodea.” Una vez que toma conciencia, se hace un set corto de EBL.*

3. *“Frota tus brazos y piernas, centra tu atención en sentir cómo reacciona todo tu organismo”*. Una vez que toma conciencia, se hace un set corto de EBL.
 4. A continuación, se le entregó un frasco de colonia diciéndole: *“ahora centra la atención en el olor”*. Una vez tomada conciencia del olor, se hace un set corto de EBL.
 5. *“Cierra los ojos ahora y presta atención a tu imagen corporal actual (o utilizar una foto del carnet si no se es capaz de imaginar la imagen corporal) mientras dices: soy ... tengo ... años, y puedo estar tranquilo ahora”*.
 6. Otra posibilidad, se le comentó, es utilizar ejercicios de gimnasia mental, como pueden ser: *“pon el dedo pulgar de la mano derecha delante a la altura de los ojos y vete haciendo el signo de infinito u ochos acostados, mientras lo vas siguiendo con los ojos. Luego haz lo mismo con el otro pulgar, el de la mano izquierda”*.
- El paciente probó y el ejercicio que más le conectaba al presente era el olor. Le sorprendía cómo al hacerlo, su ansiedad desaparecía. Se le aplicaron sets cortos de estimulación bilateral para instalar la orientación al presente.

Capítulo 17 / Módulo para el abordaje emocional

Introducción

Desde el nacimiento a los cinco o seis meses (etapa de apego del desarrollo) y hasta los 24 meses (etapa de separación-individualización) se desarrollan en el cerebro vías neuronales, que se fundamentan en la interacción recíproca entre la madre y el bebé. Estas vías neuronales proveen la regulación cortical de los afectos. En el momento del nacimiento los afectos son regulados en la amígdala. Entre la 10ª y la 18ª semana, el control pasa primero al cíngulo y después a la corteza fronto-orbital derecha (CFO).

Como ha sido descrito por Schore (2001), la corteza fronto-orbital derecha (CFO) es el nivel de control más elevado del sistema límbico y representa una zona de convergencia con interfaces entre los sistemas afectivos, motrices y simpáticos. La regulación CFO es adquirida a través de proceso de apego. Schore dice: “el apego es la regulación diádica de las emociones”. El factor causal en numerosos desórdenes puede ser el apego entorpecido, presentándose como una desregulación afectiva en el cliente que se puede manifestar como inundación, alexitimia, evitación o acting-out”.

El entrenamiento de habilidades para el manejo de los afectos es una opción para aprender la regulación afectiva en caso de darse experiencias deficitarias de la niñez. Suele ser un aspecto a trabajar tempranamente en la mayoría de las terapias, y es especialmente importante en el tratamiento del TOC. Estos pacientes suelen tener un apego inseguro con un cuidador inferior al “suficientemente bueno” y cuyo resultado es una pobre regulación de los afectos. Varios disparadores conectan con afectos no integrados dentro de un estado del yo más o menos disociado y la obsesión, como fin último, es el intento de mantenerlos disociados fuera de la conciencia.

Las habilidades y recursos pueden ser ejemplificados con la metáfora del camión de Mark Nickerson que implica unos

neumáticos que agarran al suelo, buenos frenos y saber usarlos, amortiguadores para absorber los baches, limpiaparabrisas para ver, tener habilidades de conducción, reconocer cuándo reducir y cuándo parar, ser consciente de alarmas en el salpicadero, compartir la carretera con los demás, confiar en uno mismo, cuidarse para estar en un buen estado al conducir, saber mirar los mapas, disfrutar del viaje, hacer amigos y gestionar bien la carga que se lleva.

Shapiro (2001) indica que antes de procesar el trauma con EMDR han de darse ciertos requisitos como una buena tolerancia emocional y capacidad de asumir un malestar a corto plazo para aliviar el de largo plazo. Estos aspectos son claras deficiencias en los pacientes con TOC, debido a sus fobias emocionales y al mundo inteno, así como a la tendencia defensiva de huir del malestar.

Las obsesiones y compulsiones tienen su base en fobias afectivas. La evitación de las emociones difíciles de tolerar se refuerza por la carencia de habilidades de control y manejo emocional. Se intenta huir de las emociones temidas por medio de la desconexión, con estrategias orientadas al control externo o el uso de la racionalización y otros mecanismos de defensa.

Es necesario realizar un trabajo de psicoeducación y entrenamiento en habilidades de control emocional, más o menos amplio en función de cada paciente. Este trabajo previo a cualquier tipo de procesamiento es relevante porque está dirigido a mostrar al paciente estrategias de tipo interno para manejar y modular sus emociones. Un objetivo prioritario es por tanto implementar habilidades de control emocional y reforzar con EBL los logros en el manejo emocional.

El temor al mundo interno es debido a la fobia de que aspectos disociados del mundo interno conectados al dolor, pensamientos, deseos, creencias, emociones y sensaciones, e incluso partes disociativas, salten a la conciencia. Estos aspectos conectan con la vulnerabilidad al dolor, que es el núcleo del entramado defensivo que constituye el TOC. Por lo que aprender a manejar y desensibilizarse de estos miedos es un objetivo fundamental que se puede acometer por medio de psicoeducación, recursos, contracondicionamiento y reprocesamiento.

Se mostrarán ejemplos de trabajo integrativo donde se utilizan técnicas y habilidades de manejo emocional junto con reprocesamiento mediante estrategias adaptadas de EMDR, como la desensibilización de la fobia a los afectos, los disparadores del miedo y ansiedad tanto exteroceptivos como interoceptivos y la propia situación de prevención de respuesta de la conducta compulsiva. Este tipo de recursos, así como las estrategias que los integran con reprocesamiento, se pueden utilizar a lo largo de la fase 2 como también a partir de la fase 4.

Técnicas de control emocional

Enfocadas a detener la hiperactivación o hipoactivación

La teoría de Porges (2011) plantea que el sistema nervioso autónomo se puede entender como tres subsistemas organizados jerárquicamente: la rama parasimpática ventral del nervio vago (mediatizada a través de la conexión social que involucra implicación y participación social), el sistema simpático (activa la movilización mediante la lucha o la huida), y la rama parasimpática dorsal del nervio vago (responde con inmovilización).

La rama parasimpática ventral del nervio vago es la más desarrollada evolutivamente y se origina en el tallo cerebral, en uno de los grupos de neuronas que componen el sistema activador reticular. Determina el nivel de conciencia o de alerta de la persona.

Cuando el cerebro percibe e interpreta la presencia de un peligro, se pone en marcha una reacción en cadena mente-cuerpo, y la amígdala da la voz de alarma y el hipotálamo activa el sistema nervioso simpático.

Si ni la conexión social mediatizada por la rama parasimpática ventral del nervio vago, ni las respuestas de ataque y fuga, mediatizadas por el sistema nervioso simpático, garantizan la seguridad, la otra rama del sistema parasimpático, el complejo vagal dorsal, toma el relevo en la defensa.

Es el más primitivo de los sistemas y también se origina en el tallo cerebral, se desencadena a causa de la hipoxia y permite disminuir la activación fisiológica llevando hacia la hipoactivación.

Estas dos partes actúan de forma antagónica. La facilidad para pasar de un estado de excitación a uno de calma está relacionada

con la capacidad del sistema nervioso autónomo de regular nuestras respuestas fisiológicas. Cuando esta flexibilidad es deficiente estamos expuestos a diferentes patologías somáticas y psicológicas.

Un sistema nervioso autónomo rígido puede ser debido a una rama del sistema parasimpático, la dorsal vagal que se manifiesta en una disminución significativa del tono parasimpático. Por medio de un entrenamiento regular respiratorio, se puede optimizar el sistema reflejo vagal que vincula la frecuencia cardíaca, la respiración y la tensión arterial. Este estado de resonancia es denominado coherencia cardíaca y permite optimizar la flexibilidad del sistema nervioso autónomo. Las ventajas son que permite aprender el manejo del estrés y de la ansiedad, así como regular la respuesta emocional.

Por lo que un modo de abordar estos déficits de regulación es por medio de utilizar el cuerpo como recurso para detener tanto la hiper como hipoactivación del sistema nervioso autónomo. Entrenar la coherencia cardíaca o realizar ejercicios para la integración del miedo paralizador son opciones a considerar, dependiendo del paciente.

Existen unos programas personales para móvil que permiten **entrenar la coherencia cardíaca** (para Iphone: en App Store buscar coherencia cardíaca y luego feedback de coherencia cardíaca; para Android: Aplicación Stress locator, luego pro Estress locator y elegir como actividad expert measurement, game).

Otra razón de una baja tolerancia al estrés, tiene que ver con personas que viven con el reflejo del miedo paralizador activo (RMP). El reflejo del miedo paralizador activo se desarrolla sobre el 2º mes de embarazo. A las 9 semanas aparece el reflejo del Moro con el que se tiene que integrar a las 12 semanas. Las personas que tienen este reflejo retenido se quedan paralizadas, como muertas, cuando quieren alejarse de una tensión o peligro.

Existen una serie de ejercicios para **integrar el reflejo del miedo paralizador** (Blomberg y Dempsey, 2011), cada uno de los cuales se debe repetir 3 veces, hacerse todos los días o cada dos días, entre 1 y 3 meses. Los ejercicios deben realizarse uno detrás de otro, con movimientos lentos y realizando inspiraciones y

espiraciones entre un movimiento y otro. En el anexo al final del capítulo se describen los movimientos a realizar.

Realizar entrenamiento en **técnicas de relajación y de respiración**, puede ayudar a dar control sobre las emociones y sensaciones físicas asociadas a la hiperactivación, por lo que están indicadas para estos pacientes.

Por medio de **experimentos sensoriomotrices** se puede entrenar al paciente para abordar la hiper e hipoactivación.

Cuando se está hiperactivado, síntomas asociados con la tensión son una respiración superficial y el habla rápida.

Se le puede proponer al paciente: *“me hago cargo de lo duro que resulta esto y de la perturbación que está generando. Así que, de momento, ¿qué te parece si nos centramos en qué es lo que sientes en tu cuerpo y averiguar qué movimientos físicos te podrían ayudar a tranquilizarte?”*.

A través de dirigir la atención hacia la toma plena de *conciencia de las sensaciones y movimientos corporales*, se puede conseguir que la activación remita. El ciclo de activación comienza por la sensación o un micromovimiento, siguiendo con la descarga o el movimiento involuntario y acabando con la normalización autónoma. La activación es metabolizada, ya sea a través de la descarga corporal (hormigueos, temblores, sacudidas) o de la movilización y desmovilización de las reacciones defensivas.

Los *ejercicios de arraigo* constituyen otra opción por medio de tomar conciencia de las piernas y de los pies, de su peso y su conexión con el suelo. Ponerse de pie y desplazar el peso del cuerpo hacia los dedos, los talones y los lados de los pies y luego equilibrar el peso a lo largo de la totalidad de la superficie de los pies, permitiendo que reposen suavemente sobre el suelo. Desbloquear las rodillas y desplazar el peso de una pierna a otra y luego dejar que el peso se equilibre entre ambas piernas.

De forma similar, en los ejercicios de centramiento se evalúa cómo el paciente percibe la columna vertebral, si como algo duro, blando, hundido, dinámico, flexible, rígido. Si está rígida trabajar el centramiento y si está encorvada trabajar la alineación. Se puede visualizar que alguien está tirando hacia arriba desde la coronilla, al

tiempo que se mantienen los pies firmemente en contacto con el suelo.

Otros ejercicios que se pueden proponer consisten en presionar la espalda contra la pared, andar hacia atrás tratando de ver con la espalda, poner la mano en el abdomen y otra en el corazón, prestar atención a los cambios en las sensaciones o enfatizar al exhalar para disminuir la activación.

Los síntomas asociados a la hipoactivación son debilidad motriz, parálisis, cuerpo rígido, bajar mirada, cruzar brazos delante del pecho, inmovilidad, ataxia, entumecimiento, amnesia, estados de fuga, confusión y déficits de atención. *Ejercicios físicos activos* como empujar con los brazos, pisar fuerte con las piernas, andar rápido, estirar brazos o el cuerpo, masajearse un brazo con la mano del otro brazo, comparando las sensaciones de ambos brazos, pueden ayudar a salir del estado.

También es útil *activar el sistema de exploración* de forma que el paciente gira la cabeza y el cuello para orientarse en dirección al entorno que le rodea, mirar alrededor de la habitación y trata de encontrar cuatro objetos de un determinado color para nombrarlos después o enfatizar al inhalar para aumentar la activación.

Manejo y control emocional de afectos y sensaciones físicas perturbadoras

El temor a emociones y sensaciones, junto con la falta de recursos de control emocional es también la causa de las dificultades para implementar las técnicas que extinguen el proceso-obsesivo. El miedo al miedo, a la ansiedad, junto a la intolerancia afectiva, son factores que contribuyen a mantener la fobia a los contenidos internos como son los pensamientos e imágenes obsesivas.

Esta fobia a los afectos y/o sensaciones físicas, puede incluir también los afectos positivos. En muchos casos hay que trabajar la tolerancia a los afectos positivos también. El uso de estimulación bilateral con elementos positivos como recursos o la instalación del lugar seguro nos da una idea de cómo el paciente tolera los afectos positivos.

Son muchas las técnicas y recursos que se pueden utilizar para estabilizar y enseñar control emocional al paciente obsesivo. Este aspecto es importante porque como se explicó anteriormente,

dichos pacientes suelen carecer de estas habilidades básicas de regulación, usando fundamentalmente la evitación o la hipertrofia de la función racional. Se deja al criterio del clínico la elección en cada caso de las más adecuadas para cada paciente.

Técnicas como el lugar seguro, los cuatro elementos para reducir el estrés, el chorro de luz, la espiral, la voz interior, son algunas de ellas que simplemente se mencionan, por ser conocidas; si se desea, se pueden consultar en el libro “Guerreros de la mente”.

A través del método de **habilidades de manejo emocional** (EMHA, Omaha) se desarrollan herramientas y recursos para el reconocimiento, la observación desapegada, la modulación y el afrontamiento general del rango de afectos disponibles para una persona.

Este método se basa en la Teoría de los Afectos de Sylvan Tompkins y en el trabajo de Andrew Leeds (2011), autor de la idea del Desarrollo e Instalación de recursos (DIR). También se nutre del trabajo de Marsha Linehan y de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Utiliza EBL, que puede incluir movimientos oculares (MO), estimulación auditiva o estimulación táctil alternadas como un medio para incrementar la efectividad y la eficiencia de la adquisición de las habilidades para el manejo de los afectos.

Una vez adquiridas estas habilidades, se cree que persisten; las observaciones clínicas sugieren que mientras que el cliente puede o no estar consciente de la utilización de las mismas, dichas habilidades están operando y conducen a mejoramientos en todas las dimensiones de funcionamiento (comportamiento, cogniciones, afectos y sensaciones), en el autoconcepto y en el bienestar general.

Esta agrupación de estrategias es una manera de exponerse y desensibilizarse ante muchos aspectos temidos por el obsesivo. Se pueden ensayar estas habilidades de manejo emocional partiendo de disparadores de las obsesiones, con la idea de reforzar el uso de recursos y la sensación de control del paciente. Luego, se le puede pedir al paciente que lo practique solo, usando el abrazo de la mariposa, que es una modalidad de estimulación bilateral autoaplicada cuyos autores son Jarero y Artigas.

Este ejercicio permite exponerse a emociones, sensaciones, pensamientos, favoreciendo la desensibilización de los miedos interoceptivos y reforzando el “control” interno.

El primer objetivo es tomar un *afecto como foco*. El miedo es siempre una buena elección para comenzar, y muy especialmente con los obsesivos donde el miedo es una de sus fobias afectivas, por lo que usarlo como target permitirá que la psicoterapia evolucione más fluidamente. Después de trabajar el protocolo de EMHA con el miedo, volver a otro afecto-foco temido, trabajándolo con una baja intensidad.

Hay que introducir el concepto de manejo de los afectos y cómo se necesita desarrollar los recursos para tolerar esos afectos de un modo más saludable. Si en algún momento de esta preparación, el terapeuta se da cuenta de que el paciente está sintiendo un afecto en el presente, inmediatamente debe llevar el foco de su trabajo a este afecto. Un afecto que está siendo experimentado provee un target mucho más efectivo para transmitir el EMHA.

El siguiente paso se centra en la *identificación de sensaciones y afectos*. Hay que pedirle al paciente que recuerde una situación en la que haya sentido el afecto-foco en un nivel 3 o 4 sobre 10, y cuando una situación haya sido identificada, solicitarle que la reviva usando EBL. No exceder de 14 sets en esta fase, puesto que a menudo 5-8 serán suficientes. Hacer que el paciente visualice la escena una vez, sin ninguna sugerencia, y ver qué aparece. Luego repetir el ejercicio, esta vez pidiéndole que registre dónde y cómo en su cuerpo siente el afecto-foco.

Repetir el ejercicio, esta vez trayendo la CP: “mi (nombre de la sensación) me dice cuando estoy sintiendo (afecto-foco)”. Preguntarle cuánto lo cree usando la escala VOC de 1-7. Continuar con un set de movimientos hasta que el VOC: 7. Hay que tener en cuenta que, trabajando con pacientes obsesivos, pueden aparecer defensas. Esto le ocurrió a un paciente que, al preguntarle sobre el VOC, reportó un 6 la primera vez, mientras que fue bajando a medida que seguíamos con el ejercicio. Este caso nos brinda una oportunidad para empezar a trabajar con las defensas.

Las próximas dos habilidades son la *sensación como señal* y el *cable de conexión a tierra*. Se utiliza una visualización diseñada

para intervenir tanto en el “procesamiento rápido” del sistema límbico como en la activación del sistema nervioso autónomo. Le explicaremos al paciente cómo personas atrapadas en “el procesamiento rápido” frecuentemente “actúan impulsivamente” y le sugeriremos que la visualización es para aprender a interrumpir la secuencia y darle una sensación de control.

Con la ayuda de EBL se le pide al paciente visualizar un cordón atado a la punta de su espina dorsal y agarrada al centro de la Tierra. Pedirle que compruebe que cada extremo de la cuerda está firmemente aferrado. Sugerirle que sienta la Tierra como un péndulo de plomo desde su espina dorsal, de forma que la cuerda se viva como directa hacia abajo. El terapeuta puede sugerir que el paciente sienta el peso de la Tierra manteniéndolo enraizado y presente.

Una vez que esta visualización está lista, reintroducir la escena target. Se le recuerdan al paciente las sensaciones que identifican el afecto-foco y luego, estas sensaciones son interpretadas como una señal para soltar el cable de conexión a tierra. Con EBL esta creencia es instalada: *“estas sensaciones en mí (localización de la sensación) son una señal para dejar caer mi cable de conexión a tierra”*. El objetivo de esta habilidad es lograr que la movilización del cable de conexión a tierra dependa de una sensación más que de un pensamiento.

Después se le sugiere: *“ahora te das cuenta de que puedes permanecer conectado a tierra y en tiempo presente mientras estás sintiendo (nombrar el afecto-foco)”*. Esto es instalado con la creencia: *“puedo permanecer conectado y en tiempo presente mientras estoy sintiendo (nombre del afecto-foco)”*. Continuar con EBL hasta que la CP alcance un VOC: 7.

La habilidad de presenciar el *self* (yo observador) en realidad es una técnica mindful y está diseñada para transmitir lo que ha sido llamado la “dualidad hipnótica”, la habilidad de “concienciar simplemente” el yo experimentando una emoción y sus sensaciones, imágenes y conductas impulsivas asociadas. Si es necesario, explicar que no estamos pidiendo una disociación, sino una consciencia dual de permanecer consciente, lo que permite sentir los sentimientos en lugar de sentirse invadido por ellos.

Mientras se facilita con EBL, reintroducir la escena sobre la que se trabajó originalmente, recordarle al cliente las sensaciones que identifican el afecto, reforzar la sensación como señal para dejar caer el cable a tierra y la habilidad para permanecer conectado y en tiempo presente. Luego sugerir al paciente que “simplemente mire” las sensaciones, impulsos y creencias que tiene mientras observa la escena target.

La creencia *“puedo solamente mirarme a mí mismo sintiendo (nombre del afecto-foco)”* es instalada. Nuevamente chequear el VOC. Esta habilidad puede ser ampliada a “solamente mirar” los recuerdos, las sensaciones físicas y los impulsos asociados con el afecto foco. Esta es la habilidad para Presenciar el Self.

El *vertedor de basura* es una visualización que facilita la disminución de un afecto negativo. Después de sugerir al paciente que el resultado, disminuir la intensidad del afecto, es lo que viene ahora, se le pregunta qué porcentaje de la emoción perturbadora quisiera liberar. Los pacientes suelen decir que el 100%, pero es preferible sugerir dejar al menos el 0,5% para evitar descompensar el sistema definido por la emoción negativa.

Pedir al paciente visualizar un túnel deslizante, o un sistema parecido (ej., un pozo sin fondo).

Se conduce al paciente por toda la cadena de habilidades desde la visualización diana hasta el yo observador, empleando otra vez EBL para facilitar.

A continuación, se le dice al paciente:

“ahora que eres capaz simplemente de apreciar estas emociones, sensaciones e imágenes, te das cuenta de que tienes el poder de disminuirlas. Obsérvate a ti mismo recogiendo (el porcentaje acordado) de todas las imágenes, sensaciones, impulsos y pensamientos. Colócalos en una gran bolsa de papel negro. Ata la bolsa. Ahora levanta la tapa del túnel deslizante y tira la bolsa dentro. Escúchala cayendo, yéndose todo. Cierra la puerta”. Chequear de nuevo el VOC.

Después de haber completado este grupo de habilidades, pedir al paciente que visualice todo el trabajo que ha tenido lugar, la visualización y el afecto diana, la identificación de las sensaciones, y la asociación con las emociones, el ancla de enraizamiento, el yo

observador, y el túnel de basura. Mientras el paciente mantiene la visualización facilitada con EBL, pedirle que repita la CP: “*Soy capaz de manejar mi* (nombrar el afecto diana)”. Después, instalar la CP “*merezco dominar mi* (nombrar el afecto diana)”

La siguiente habilidad se centra en el *afecto positivo*. Cuando el paciente ha disminuido el afecto negativo, con EBL, se le sugiere: “después de que una persona ha disminuido una emoción perturbadora como ésta, normalmente siente nuevas sensaciones en su cuerpo. Tómame un momento y observa si viene algo nuevo a ti y hazme saber cuándo eres consciente de ello”.

Continuar con EBL un poco más, después parar, pedir al paciente que tome una respiración profunda, dejarla salir, y preguntar: “¿qué viene ahora?”

A veces el paciente dice: “me siento más ligero”, o “la tensión se ha ido de mi nuca”.

Otro recurso útil, especialmente para aquéllos a los que no vienen espontáneamente sensaciones asociadas con afectos positivos, es una imagen que encarne una cualidad que llene el vacío dejado por la descarga del afecto negativo. Preguntarle al paciente qué emoción le gustaría dejar que llenase el espacio dejado por la negativa. Frecuentemente es “esperanza”. Como se dijo arriba, pedirle que traiga una imagen que encarne el afecto positivo y que se centre en las sensaciones físicas asociadas a la imagen.

En este punto, hacer que el paciente revise una lista de los afectos que las personas suelen sentir y que seleccione uno que encaje. Repetir la habilidad de identificación de la sensación-afecto, instalando la CP: “*estas sensaciones* (nombrar la sensación, ej. ligereza, o la localización de la sensación) *me dicen que estoy sintiendo* (nombrar el afecto positivo)”.

Ahora, señalar al paciente que ha demostrado que puede rebajar el afecto negativo y explicarle que por los mismos medios puede elevar uno positivo. Hacerle concentrarse en un afecto positivo y sus sensaciones positivas asociadas y facilitando con EBL pedirle que aumente las sensaciones y el afecto un 10%. Si tiene éxito en esto, instalar la CP: “*puedo aumentar mi sentimiento de* (nombrar el afecto positivo diana)”.

Evitar aumentar el afecto positivo más de un 10% prematuramente en la terapia, ya que el afecto positivo puede abrumar el sistema.

De nuevo, hacer que el paciente visualice el trabajo de la sesión, esta vez el trabajo del afecto positivo mientras mantiene la imagen e instalar la CP: *“soy digno de manejar mis afectos positivos y negativos”*.

Finalmente, pedir al paciente que repita la CP: *“me siento orgulloso de mi logro”*.

La resistencia a esta atribución de orgullo puede indicar un autoconcepto basado en la culpa. En este asunto, emplear una intervención de Estados del Yo.

La *autovaloración y autoeficacia*, se promueve en las sesiones siguientes, preguntando al paciente cómo se ha manejado con el afecto-foco y el uso de las habilidades. Luego de recabar información sobre los hechos, resumir todo el manejo afectivo que realizó y pedirle que lo visualice. Juntarlo con la CP: *“Soy capaz de manejar mis emociones”* facilitando con EBL.

Cuando esto se haya vuelto completamente cierto, repetir la visualización esta vez junto con la CP: *“merezco manejar mis emociones”*. Este es el recurso de la auto-valoración. Finalizar con la CP: *“me siento orgulloso de mis logros”*.

Los últimos objetivos son el *paseo al pasado* con una experiencia afectiva más intensa donde sintió el afecto con una intensidad mayor. (SUD: 5-6-7) y movilizar todos los recursos que ha desarrollado y el *paseo al futuro* donde se pide al paciente visualizar un momento en la próxima semana cuando espere sentir la emoción trabajada, para que aplique todas las habilidades aprendidas a esta situación.

A continuación, se muestra un ejemplo de aplicación con un paciente:

T: *Como toda habilidad nueva que intentamos adquirir, hay que empezar un proceso donde, en una primera fase, se aprende la habilidad, luego se practica, y posteriormente se automatiza. Es igual que cuando aprendemos a conducir, donde al principio tenemos que pensar y observar cada acción que hacemos y nos faltan manos, pies y ojos para atenderlo todo, y luego, cuando*

hemos aprendido, lo hacemos sin darnos cuenta, lo automatizamos, mientras podemos ir hablando con nuestro acompañante

Para conseguir el manejo de las emociones, en primer lugar, tenemos que darnos cuenta de las sensaciones físicas que se tienen en el cuerpo, cuando se está sintiendo una emoción determinada. Imagínate, el último día que tuviste el impulso de comprobar que la puerta estaba cerrada, el momento antes de ir a comprobarlo, y céntrate en los detalles. Dime qué emoción estás sintiendo ahora y dónde la sientes en el cuerpo

P: Siento ansiedad y la noto como un hormigueo en el estómago

T: Ahora repite la siguiente frase: “Este hormigueo que siento en el estómago me indica que estoy ansiosa”, mientras utilizas el abrazo de la mariposa en sucesivos períodos (6-12 sg), hasta que sientas la frase como totalmente verdadera en una escala entre 1 y 7, donde 1 es totalmente falsa y 7 totalmente verdadera

P: La siento como un 7

T: El segundo paso es aprender a mantenerse presente cuando se está sintiendo la emoción. Recuerda cómo te desconectas cuando sientes ansiedad y cedes a la tentación de comprobar. Resulta imprescindible que recuperes el control para detener la secuencia. Para ello, visualiza un ancla o un cordón atado a la punta de la espina dorsal, en un extremo, y sujeto al centro de la Tierra. El cordón debes imaginarlo bien tenso entre ambos extremos, de manera que la Tierra sea como un enorme péndulo que te mantiene enraizada en el presente

Ahora imagínate en casa, camino de la puerta, notando el malestar del hormigueo, e imagina que sueltas el cordón y te quedas anclada a la Tierra

Ahora repite la frase: “puedo permanecer enraizada en el presente sintiendo ansiedad”, mientras utilizas el abrazo de la mariposa en sucesivos períodos (6-12 sg), hasta que notes la frase como totalmente verdadera en una escala entre 1 y 7, donde 1 es totalmente falsa y 7 totalmente verdadera

P: La siento como un 7

T: Ahora vamos a practicar la posición del YO Observador. Es decir, verte en una pantalla en la situación imaginada, apreciando

las sensaciones, memorias, pensamientos e impulsos. Levanta la mano cuando lo hayas conseguido

T: Ahora repite la frase: “puedo simplemente verme a mí misma camino de la puerta sintiendo ansiedad, hormigueo en el estómago y el impulso a comprobar”, mientras utilizas el abrazo de la mariposa en sucesivos períodos (6-12 sg), hasta que sientas la frase como totalmente verdadera en una escala entre 1 y 7, donde 1 es totalmente falsa y 7 totalmente verdadera

P: La siento como un 6

T: Vuelve a repetir la frase: “Puedo simplemente verme a mí misma camino de la puerta sintiendo ansiedad, hormigueo en el estómago y notando el impulso a comprobar”, mientras utilizas el abrazo de la mariposa, hasta que sientas la frase como totalmente verdadera

P: La siento como un 7

T: ¿Qué porcentaje de la emoción perturbadora querías liberar, dejando siempre algo de ella, aunque sea poco?

P: El 95%

T: Ahora que eres capaz simplemente de apreciar estas emociones, sensaciones e imágenes, tienes el poder de disminuirlas. Obsérvate a ti misma recogiendo el 95% de todas las imágenes, sensaciones, impulsos y pensamientos. Colócalos en una gran bolsa de basura negra. Ata la bolsa. Ahora imagina un túnel deslizante o un pozo o un gran vertedero al aire libre e imagina que tiras la bolsa. Escúchala cayendo, yéndose todo, mientras practicas el abrazo de la mariposa

Recorre de nuevo todos los pasos anteriores, visualiza el momento yendo hacia la puerta, identifica la sensación de hormigueo en el estómago y la asociación con la emoción de ansiedad, visualiza el ancla, el yo observador, y el vertedero

Ahora repite las frases: “soy capaz de disminuir mi nivel de ansiedad”, y luego: “merezco dominar mi ansiedad” hasta que las sientas como totalmente verdaderas.

P: Las siento totalmente verdaderas, un 7

T: El siguiente paso va dirigido a percibir y aumentar las emociones positivas. Después de que una persona ha disminuido una emoción perturbadora, normalmente siente nuevas sensaciones en su cuerpo. Tómame un momento, haz dos respiraciones profundas y

observa si notas alguna sensación nueva y hazme saber cuándo eres consciente de ello

P: Siento mi estómago como parado

T: ¿ Con qué emoción relacionas esa sensación?

P: Con estar tranquila. Esta sensación de mi estómago parado me indica que estoy tranquila

T: Concéntrate en la tranquilidad que estás sintiendo en tu estómago parado, mientras haces el abrazo de la mariposa de nuevo y hazme saber cuando notes un poco más de tranquilidad, aunque sea un 5%

P: Ahora me noto un poco más tranquila

T: A continuación, mientras practicas el abrazo de la mariposa en sucesivos períodos (6-12 sg), quiero que te digas: “puedo aumentar mi sentimiento de tranquilidad, luego soy capaz de manejar mis emociones positivas y negativas y me siento orgullosa de mi logro”, hasta que las sientas como totalmente verdaderas

Cuando terminó la sesión estaba sorprendida por cómo había modificado su estado emocional, pero el proceso le parecía muy complicado para hacerlo ella sola en casa como se le había dicho que practicara a diario con situaciones pasadas, donde sentía el impulso a comprobar.

Para ayudarla a recordar, se utilizaron unas viñetas como las de los comics.

- **Viñeta 1:** Una imagen con los ojos cerrados y en su cabeza como una pantalla donde ve una escena.
- **Viñeta 2:** La imagen con un gran ojo saltón que mira hacia dentro del cuerpo y unas frases:
Siento (miedo, ansiedad, tristeza...)
Estoy notando la sensación de en
Esta sensación de ...en...., me indica que siento....
- **Viñeta 3:** La imagen tiene un cable o un ancla sujeto al extremo de la columna y firmemente sujeto al centro de la Tierra.
“Puedo permanecer enraizada y presente mientras siento”.
- **Viñeta 4:** Una imagen donde se ve a sí misma en una pantalla en la situación ansiógena.
“Puedo simplemente mirarme a mí misma mientras siento”.

- **Viñeta 5:** Imagen tirando una bolsa de basura por un vertedero/ pozo/ túnel.

“Soy capaz de disminuir mi emoción negativa...”, y luego “merezco dominar mi emoción...”

- **Viñeta 6:** La imagen con un gran ojo saltón que mira hacia dentro del cuerpo y unas frases:

“Estoy notando la sensación de... en....”

“Esta sensación de... en..., me indica que siento...”

- **Viñeta 7:** La imagen con un gran ojo saltón que sigue mirando con una lupa hacia dentro del cuerpo:

“Puedo aumentar mi sentimiento positivo de...”

“Soy capaz de manejar mis emociones positivas y negativas.”

“Me siento orgullosa de mi logro.”

Se le dijo después a la paciente que este ejercicio, si se practica a diario con recuerdos que provoquen emociones negativas empezando por algunas de intensidad baja, ayudará a generar la habilidad de manejar las emociones, en vez de que éstas sean las que la manejan a ella. Después de practicar varios días se puede hacer con situaciones del pasado que generen un mayor nivel de malestar e ir avanzando hasta imaginar situaciones futuras de cada vez mayor intensidad emocional. Y practicar mucho.

Desarrollo e instalación de recursos (Leeds, 2011)

La elección de los recursos debe hacerla el clínico, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso, en función de su criterio, pero especial relevancia en los TOC tiene la instalación de recursos que le aporten seguridad y autoestima, que son carencias que subyacen en el trastorno. Más que buscar recuerdos sintiéndose seguro y con valía, es mejor buscar recursos relacionales como el terapeuta o alguien que le dé apoyo y confianza o introducir modelos capaces de afrontar miedos.

También buscar e instalar recursos de tipo interno como es el “yo sabio” o el “yo futuro libre de obsesiones y compulsiones”. Instalar recuerdos del pasado cuando el paciente no tenía compulsiones en una determinada situación o un modelo que actúa adaptativamente ante un disparador de obsesiones y/o compulsiones, pueden ser de

mucha utilidad como entretejidos cuando se están reprocesando aspectos implicados en el proceso obsesivo-compulsivo.

Una persona con TOC tiene que ser capaz de tolerar los niveles altos de ansiedad que le generan los disparadores del proceso obsesivo, la obsesión y la prevención de respuesta. Implementar los recursos y las técnicas de control y pedirle al paciente que refleje en las muestras el descenso de nivel de perturbación (SUD), facilita la toma de conciencia sobre la capacidad adquirida para el control emocional. Asimismo, al final del día, se le pide una reflexión, mirando lo apuntado, sobre los logros que prueban ese control, que se puede instalar también con EBL.

De esta forma el terapeuta puede observar en las muestras cuándo el paciente, por medio de las técnicas y habilidades de control emocional, ha sido capaz de reducir o eliminar la perturbación, para después instalar como recurso dicha situación junto a la creencia “soy capaz de manejar mis emociones perturbadoras”.

Estos recursos pueden servir no sólo al objetivo del control emocional, sino que pueden utilizarse como entretejidos valiosos tanto en el reprocesamiento como en el trabajo con las partes. Se muestra como ejemplo la instalación del yo sabio en una paciente obsesiva.

T: Al relajarte en tu lugar seguro invita a tu sabio interno a acompañarte en este lugar especial... sólo permite que se forme una imagen que represente a tu sabio interno, la figura de alguien sabio, amable y cariñoso que te conoce bien... permite que aparezca en cualquier forma que venga y acéptala tal cual es... puede que venga en muchas formas, como hombre, mujer, animal, amigo, alguien a quien tú conoces, o bien un personaje de un libro o de una película. Manteniendo los ojos cerrados... ¿podrías describirme a tu sabio interno? (en este punto comenzar el tapping, pidiendo permiso previamente y explicando el procedimiento antes de iniciar la imaginación guiada)

P: Me viene la imagen de un hombre mayor, con pelo largo y barba blanca. Tiene una mirada muy bondadosa, me sonrío

T: Cuando imaginas a esa persona, ¿qué es lo que ves, escuchas, qué olor percibes, qué sensaciones corporales, qué emociones?

P: *Veó un anciano con pelo largo y barba blanca, su mirada bondadosa y que me sonrío. Me transmite amor y apoyo. Noto sensación de calidez y relajación en todo el cuerpo*

T: *Cuando enfocas tu atención en la imagen del anciano con pelo largo y barba blanca, su mirada bondadosa y cómo te sonrío, nota la sensación de calidez y relajación en todo el cuerpo, ¿cómo te sientes ahora?*

P: *Muy segura y en paz*

T: *Ahora quiero que te imagines que acabas de salir de la cocina, sin comprobar si has apagado la placa y te viene a la mente la imagen de la placa encendida, ¿cuán provechoso sientes traer a tu sabio interno a tu lado, ofreciéndote lo que necesitas? Se mide el VOC*

P: *Un 5*

El siguiente paso es instalar el recurso con 4 series cortas (6 a 12 MO).

Después hay que fortalecer la vinculación del recurso con señales verbales y sensoriales, de forma que se le indica que imagine a esa figura de apoyo (sabio interno) parado a su lado, ofreciéndole lo que necesita, o que imagine que se funde con ella o entra en su cuerpo. Se sigue con 2 series cortas (6 a 12 MO).

Por último, establecer un patrón de respuesta positiva para el futuro, de forma que se le pide al paciente que piense que en el futuro puede tener dicho recurso a su disposición cuando enfrente la situación difícil y que imagine que se siente conectado a la figura de apoyo, fijándose bien lo que significaría eso, escuchando cómo la persona le dice lo que necesita escuchar o que le transmite lo que necesita sentir. Se sigue con otras 2 series cortas (6 a 12 MO).

Desensibilización de emociones y sensaciones perturbadoras

Por medio de la autoexposición

Como se viene repitiendo, el obsesivo es tremendamente fóbico a ciertos afectos y le perturban las emociones intensas. Muchas emociones son objeto de defensas disociativas, por lo que el paciente debe aprender a ver sus emociones como expresiones de necesidades y no como enemigas. El objetivo es que se sienta

seguro sintiendo emociones. La percepción de que puede modularlas puede ser de gran ayuda.

Por medio de un trabajo integrativo con distintas estrategias y reprocesamiento, se van a mostrar formas de conseguir manejo y control emocional.

A continuación, se van a exponer algunos métodos de manejo emocional enfocados a la desensibilización de los afectos y las sensaciones físicas.

La autoexposición a una emoción o sensación.

Este ejercicio consiste en tomarse unos minutos para contemplar alguna emoción o sensación que no resulte fácil de afrontar. Puede ser el miedo o una sensación como ahogo, taquicardia, mareo, opresión o dolor. Hay que tratar de enfocarlo con claridad y explorarlo. Imaginar que la emoción o sensación tiene una forma, un color, una textura. Entonces, con los ojos cerrados, se comienza a bosquejar internamente la emoción o sensación. Luego, con los ojos abiertos, se sigue dibujando, según lo que surja. Hay que hacerlo con espontaneidad, dejando que la imagen vaya surgiendo ante la visión interna sin criticarla y tratando de permanecer en contacto con la sensación, sin prestar atención a los aspectos formales ni juzgar la calidad del dibujo, guiándose exclusivamente por la expresión emocional. No importa que los dibujos sean abstractos o representativos, no importa que se comprenda o no el significado de las imágenes, lo único que importa es que la imagen se adecúe a la emoción o sensación.

A partir de este dibujo original se puede desarrollar también una serie de imágenes. La imagen y los colores pueden cambiar y asumir formas, reflejando, de este modo, el proceso curativo de integración.

Este trabajo se aprende en sesión, para luego ensayar imaginando situaciones, pensando... de forma que se activen sensaciones físicas que el paciente teme o rechaza.

Se muestra con un ejemplo cómo realizar el ejercicio de exposición a la angustia. En este ejercicio se induce a la paciente sensaciones internas similares a las de un ataque de pánico con el objetivo de romper o debilitar las asociaciones entre señales corporales específicas y las reacciones de miedo extremo.

Hacía 3 meses, la paciente estaba tumbada en el salón de casa. Entonces empezó a notar un fuerte dolor en el pecho que le hizo sentir tal pánico que pensó que estaba dándole un infarto y tuvo que acudir al hospital. A partir de ahí, empezó a sentir pánico frente a pensamientos anticipatorios del tipo ¿y si me vuelve a pasar? Estos pensamientos se le activaban ante diversos disparadores. Algunos eran de tipo externo como escuchar en las noticias que alguien había tenido un infarto. Otros eran internos como sentir cualquier malestar físico.

Se le explicó a la paciente en consulta que cuando sentimos ciertas manifestaciones físicas que rechazamos o tememos, nos angustiamos y tratamos de no sentirlos. Estas estrategias no funcionan; en realidad, nos hacen sentir peor. De esta manera el cuerpo envía al cerebro señales de una alerta de emergencia, las señales de peligro, a las cuales se responderá típicamente “combatiendo” la inquietud de manera aún más feroz, con tensión, con privación de oxígeno, y quizá con irritación y autorreproches.

Se le propuso que, en vez de intentar combatir la sensación de angustia, o rechazar el dolor del pecho, utilice una técnica denominada autoexposición. Aunque al principio resulta difícil, hay que observar la sensación como un testigo, sin identificarse con ella. Respirar suave y profundamente, e intentar soltar los músculos del cuerpo. Pensar en permitir que los músculos se liberen de la tensión de la lucha, acogiendo las sensaciones de las emociones que se sienten.

A partir de ahí, se le pidió que cerrara los ojos y le diera forma, tamaño, color, textura a la sensación temida y, a continuación, con los ojos cerrados, empezara a dibujarla, con la mano izquierda.

Por medio del contracondicionamiento

En estos casos el contracondicionamiento puede ser una opción donde se busca el romper la conexión de una emoción (miedo, envidia, indefensión, rabia, etc.) con el miedo, rechazo u otra emoción.

Para ello se pueden utilizar imágenes, mentales o dibujos, que representen tanto la emoción negativa como otra asociada a una emoción positiva. La imagen mental positiva que elegiremos será en función de la emoción a desensibilizar. Si ésta es el miedo al miedo,

entonces podemos usar para contracondicionarla una imagen que conecte con emociones de tranquilidad, relajación, paz.

Se pide al paciente que mire la imagen de la emoción que teme o rechaza o que la evoque mentalmente, manteniéndola 10 segundos, y luego hay que proceder igual con la imagen que evoque emociones positivas, la que se mantiene al menos por 30 segundos. Este proceso se va repitiendo, hasta que se produce el contracondicionamiento.

Una forma alternativa de contracondicionamiento de la emoción del miedo y sensaciones asociadas (Pinillos y Fuster, 2011) es utilizar la percepción de un olor siguiendo la secuencia de la imagen de la emoción/sensación que se teme (10sg) y a continuación la percepción de un olor (30sg).

Por medio del arte y dibujos junto a EBL

El método combinado de Linda Jacobson y el uso del arte por medio de imágenes y dibujos de Shirley y Schmidt, (Pinillos, Fuster, 2011) integra el dibujo, recursos, el concepto de pantalla dividida y la EBL.

Como muchos pacientes obsesivos, la paciente de este ejemplo vivía evitando sentirse culpable. La culpa era una emoción a la que temía por el enorme sufrimiento que le producía, ya desde muy niña. Debido a ello, se pasaba la vida intentando agradar y servir a las personas que la rodeaban, pero sobre todo cuando cometía un error o suspendía un examen se sentía muy culpable.

Se le pidió en consulta que recordara la última vez que había suspendido y que avisara cuando sintiera la emoción. Efectivamente sentía culpa.

Se le indicó entonces que hiciera un dibujo con la mano izquierda de la culpa. Dibujó una forma parecida a un corazón de color gris.

Luego se le preguntó qué cualidades necesitaría para poder superarla. Contestó que ser tolerante, comprensiva y tener seguridad.

Se le pidió entonces que buscara o dibujara imágenes que, para ella, representaran dichas cualidades, y se instalaron estos recursos. Eligió la Madre Teresa para la tolerancia e hizo un dibujo de un león para la seguridad.

Después de tener en ambos extremos de la mesa el dibujo del corazón y la foto de la Madre Teresa, en el orden preferido por ella, se le indicó que moviera los ojos, sin girar la cabeza, de un lado al otro entre ambas imágenes, ida y vuelta, entre 24 o 30 veces.

A medida que se realizaban los movimientos oculares informó ver cambios en el dibujo. Visualizó a la “culpa” cada vez de color menos oscuro hasta que llegó a verlo de color dorado (color que asociaba a emociones positivas).

Cuando el dibujo de la emoción negativa no genera sentimientos negativos ni sensaciones físicas molestas, es el momento de hacer un dibujo nuevo más representativo de cómo se siente el paciente en ese momento.

En resumen, por medio del dibujo se representa una emoción o sensación. Esto es a veces muy útil cuando el paciente no sabe explicar que es lo que está sintiendo. Se le pide que lo haga con la mano no dominante cuando estamos representando la emoción o sensación perturbadora, al objeto de facilitar la conexión con el hemisferio derecho.

Se buscan imágenes o se realizan dibujos que representen recursos necesarios para afrontar la emoción o sensación negativa.

Una vez realizados los dibujos de los estados del yo con recursos y los dibujos de la emoción/sensación perturbadora (realizados con la mano dominante y la no dominante, respectivamente) los situaremos en los extremos de una mesa, como puntos focales en los movimientos de los ojos. Se van realizando sets de entre 24 y 30 movimientos oculares, parando después y evaluando el nivel de malestar que se siente.

Si se bloquea el proceso, se puede intercalar un set entre dos imágenes positivas y luego reanudar el proceso.

Por último, cuando el dibujo de la emoción perturbadora no genere sentimientos negativos ni sensaciones físicas molestas, se le pide al paciente hacer un dibujo nuevo que represente cómo se siente en ese momento.

El protocolo del dedo meñique

El protocolo del dedo meñique (Gonzalez y Mosquera, 2012), pretende aliviar la perturbación que el paciente siente. Se le explica antes que, centrándose en las sensaciones perturbadoras, a veces

los movimientos oculares consiguen disminuirlas. Si vienen otras cosas del pasado, se puede hablar sobre ellas, pero éste no es el objetivo. Se le indica al paciente que se centre en la parte de la sensación que quiere aliviar y realizar una tanda corta de MO (6). Tras cada tanda es importante que el paciente exprese cómo se siente, qué efecto nota y si debe continuar o no. En caso de continuar se sigue el mismo procedimiento. Se termina el trabajo cuando el terapeuta lo considera o el paciente lo decide.

Sumergirse en el miedo con estrategia EMD

La experiencia ha mostrado que el miedo está relacionado muy a menudo con la emoción que está asociada con el foco del trauma. Como Shapiro ha señalado, es el miedo al target del trauma, más que el target en sí mismo el que plantea un bloqueo en el reprocesamiento. Basado en la premisa de que a menudo el miedo al miedo es peor que el target del trauma en sí mismo, se ha desarrollado el método de sumergirse. La paradoja del miedo es que cuanto más se acerca uno al miedo, más abrumador y terrorífico se siente, pero una vez confrontado el miedo, cuanto más grande pareció, mayor la sensación de alivio resulta.

Un método para manejarse con estas situaciones en terapia es combinar EMDR, siguiendo el protocolo EMD con el método de sumergirse.

A diferencia del EMDR, en la estrategia EMD se utiliza un procesamiento fraccionado. Este método se basa en el procesamiento enfocado hacia fragmentos de diana como imágenes, datos sensoriales, sensaciones físicas, sentimientos o pensamientos perturbadores (punto de perturbación). A diferencia del Protocolo estándar, limita las asociaciones. Si las asociaciones se desvían del punto de perturbación, entonces se vuelve a la diana original y se comprueba el nivel de SUD. Cuando las asociaciones están relacionadas de manera directa con el punto de perturbación, o son adaptativas, o constituyen un recurso, entonces se continúa con el procesamiento.

Se va a mostrar cómo utilizar esta estrategia utilizando la metáfora de un recipiente que contiene el miedo como diana.

T: *Si visualizas el miedo como un recipiente de líquido, ¿cómo es?*

P: *Como una piscina*

T: *¿De qué color lo imaginas?*

P: *Negro, viscoso*

T: *Mírate a ti mismo sumergiéndote en la pileta de ese líquido negro, viscoso, siendo bañado por él, viendo y sintiendo el color al sumergirte en él. ¿Hay algún pensamiento o creencia negativa que acompañan a esa imagen?*

P: *“No tengo capacidad para superarlo”*

T: *¿Qué te gustaría pensar en vez de eso?*

P: *“Puedo controlarlo”* (no se recoge VOC)

T: *Cuando te miras sumergiéndote en la pileta de ese líquido negro, viscoso y piensas “no tengo capacidad para superarlo”, ¿qué emoción(es) sientes ahora?*

P: *Miedo*

T: *En una escala del 0 al 10, en la que 0 indica la ausencia de perturbación o sensación neutral, y 10 el nivel más alto de perturbación que puedas imaginar, ¿qué nivel sientes ahora?*

P: *7*

T: *¿En qué parte del cuerpo la sientes?*

P: *Pecho, cabeza*

T: *Me gustaría que evocaras la imagen sumergiéndote, aquellas palabras “no tengo capacidad para superarlo” y la parte del cuerpo donde estás sintiendo el miedo. EBL (45 segs)*

T: *Después del conjunto: “bórrala...respira profundamente...¿qué experimentas ahora?*

P: *Noto culpa*

T: *Vuelve a sumergirte ...*

P: *EBL (45 segs)*

T: *¿Qué experimentas ahora?*

P: *Me viene a la cabeza “eres un idiota, imbécil”*

T: *Vuelve a sumergirte ...*

P: *EBL (45 segs)*

T: *¿Qué experimentas ahora?*

P: *Siento calma, paz*

T: *Quédate con eso. EBL*

T: *Vuelve a sumergirte ...¿te perturba más/menos/igual?*

P: *0*

T: *¿Qué sustituye al miedo ahora?*

P: *Tranquilidad*

T: *¿Dónde la sientes en el cuerpo?*

P: *En la cabeza*

T: *¿Sirven estas palabras “puedo controlarlo” o existe otra afirmación positiva que crees que sería más adecuada?”*

P: *“Puedo superar el miedo”*

T: *Piensa en la imagen sumergiéndote en la pileta y en las palabras “puedo superar el miedo”. ¿Cómo las sientes de verdad? Desde 1 (totalmente falso) hasta 7 (totalmente cierto)*

P: 7

T: *Consérvalas. EBL*

El protocolo de tolerancia a la angustia

El protocolo de tolerancia a la angustia (Leeds, 2011) parte de montar una diana basada en el estado emocional difícil de tolerar para el paciente. En el caso de un obsesivo se le puede pedir que traiga a la mente la situación disparadora junto con la obsesión para acceder al estado emocional difícil de tolerar o la situación de prevención de respuesta.

Una vez evocado el estado emocional, se pregunta acerca de cuál es la peor parte del sentimiento. Podría ser un sentimiento con respecto a un sentimiento, como por ejemplo angustia al sentir miedo o rabia al sentir tristeza.

Después se pregunta en qué parte del cuerpo lo siente, la creencia negativa respecto a sí mismo en relación a ese sentimiento y la creencia positiva que le gustaría creer en relación a ese sentimiento.

Después se mide el VOC, preguntándole acerca de cuándo se siente así y oye la creencia positiva, cuán cierta la siente en una escala de 1 a 7, donde 1 es completamente falso y 7 completamente verdadero.

Se pide al paciente que traiga de nuevo a la mente la situación en la que se le dispara el estado emocional, centrándose en la parte peor del sentimiento que le genera, las palabras negativas y la emoción que lo acompaña. A continuación, se le pregunta cuánto te perturba o cuán intenso es el impulso de evitar ese sentimiento, en una escala donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador que puedas imaginar, y el lugar del cuerpo donde lo siente. Se empieza el reprocesamiento, después de repetir la descripción de la situación

disparadora del estado emocional, con lo que siente, las palabras negativas, la emoción que lo acompaña y donde lo siente en el cuerpo. Se comienza con la 1ª tanda de EBL.

Al preguntarle al paciente qué está sintiendo o notando, es posible que después de esta primera tanda aumente la perturbación. Se le indica que se centre en lo que está surgiendo y se continúa con la 2ª tanda de EBL.

Al volver a preguntar qué está sintiendo o notando, si el paciente indica que se reduce la perturbación, seguir con una 3ª y 4ª tanda de EBL más.

Si no se reduce el estado de activación, se pregunta al paciente qué le ayudaría a manejar esa emoción. Si el paciente, al utilizar la estrategia, indica que el nivel de perturbación se está reduciendo, se le pide que siga practicando esta estrategia mientras se añade la 3ª tanda de EBL.

Al volver a preguntar al paciente qué está sintiendo o notando, si contesta indicando que la perturbación sigue disminuyendo, se le indica que observe cómo la perturbación se está reduciendo y que note la diferencia para proceder después a la 4ª tanda de EBL. En el caso de que el paciente no fuera capaz de identificar ninguna estrategia adaptativa de control emocional, hay que desarrollar e instalar recursos concretos para lidiar con esa emoción. Después se le indica que se centre en ese recurso y hacer la 3ª tanda de EBL.

Si la perturbación sigue disminuyendo, se le pide que observe cómo la perturbación se está reduciendo y note la diferencia, y se procede a la 4ª tanda de EBL.

Después se indica al paciente traer de nuevo a la mente la situación en la que se le activaba el estado emocional difícil de tolerar para que se centre en el sentimiento que le genera, observando cómo ha cambiado. Se investiga cuánto le perturba en una escala donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador.

Centrándose en la peor parte que nota, se procede a la 5ª, 6ª y 7ª tanda de EBL. Ahí se termina la desensibilización. En este procesamiento es raro que los pacientes logren alcanzar un SUD o NIE de 0 o 1.

Una vez más se le pide que traiga a la mente la situación en la que se le activaba el estado emocional difícil de tolerar para que se

centre en el sentimiento que le genera, observando cómo ha cambiado. Se investiga cuánto le perturba en una escala donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador.

Si el SUD es 0 o 1 se le pregunta si las palabras positivas siguen siendo válidas o cree que hay otras palabras positivas que sean más adecuadas.

Si el SUD es igual o mayor que 2, se pregunta al paciente qué palabras positivas diría o creería sobre sí mismo referente a esa emoción o cuál sería la cosa más positiva que podría decir o creer sobre sí mismo referente al estado emocional mientras se siente así.

Tras ello, se procede a la instalación de la creencia positiva, midiendo el VOC después de cada tanda. Si el VOC no llega a 6 o 7, se pregunta al paciente qué es lo que impide ser un 7.

En este protocolo no se hace examen corporal y al cerrar se puede utilizar el lugar tranquilo, el chorro de luz o cualquier otro método indicado para el paciente.

La falta de tolerancia a emociones como miedo, culpa o tristeza y a las sensaciones asociadas, es un aspecto relevante en el problema obsesivo, ya que las fobias afectivas se encuentran en la base del problema y la persona se siente incapaz de soportarlas. Por eso es importante aprender a aceptarlas y manejarlas, y así perder el miedo a sentirlas. Lo mismo se extiende a las sensaciones asociadas.

Por tanto, elicitar el estado emocional difícil de tolerar a través del disparador con la obsesión o la situación donde se realiza la prevención de respuesta es una opción recomendable en la que aplicar el protocolo de tolerancia a la angustia.

Ejemplo de cómo utilizar las habilidades de manejo emocional de forma integrativa

Este ejemplo muestra cómo integrar habilidades y recursos con EBL a lo largo de la fase 2 del protocolo EMDR, en un caso de trastorno de despersonalización con fuerte sintomatología TOC.

La paciente refiere desconexión, pero no consigue describir lo que siente ni identificar la sensación corporal asociada. Se muestra cómo introducir el trabajo, a través del uso del dibujo

T: Vas a dibujar con la mano izquierda lo que sientes. Cierra los ojos, centrándote en notar la desconexión. Tómame un tiempo para notarla y sentirla. Y cuando de alguna forma, te sea familiar, vas a hacer un dibujo que represente esas sensaciones. Da igual cómo sea el dibujo, lo importante es que se ajuste a eso que estás sintiendo. Después puedes abrir los ojos y acabar el dibujo con los ojos abiertos (se utiliza el dibujo para conectar con las emociones y sensaciones y que deje de racionalizar)

P: (La paciente abre los ojos y sigue dibujando). Siento aislamiento, impotencia, rabia, como que estoy al margen de todo...

T: ¿Podrías construir una historia en relación a este dibujo?

P: Me cuesta, pero sería como una niña que quizá se siente juzgada por la gente y que se sentía abandonada un poco por sus padres. Tiene que ser perfecta para que la quieran. El exterior muchas veces le ha demandado ser perfecta, quizás no sus padres, pero profesores... la gente pone muchas expectativas en ella. Se sentía sola y entonces, para evitar ese dolor, se creó un mundo interior, una burbuja en la que estaba protegida, y al principio esa burbuja la protegía hasta que llegó a ser un poco incómoda, y le aislaba de la realidad (a través de la historia se busca obtener información acerca de la función y origen de la defensa de desconexión).

T: ¿Qué pasó con la burbuja?

P: Que cada vez se hizo más y más grande, hasta que, en vez de proteger, atacó a la niña. Bueno, a lo mejor a la niña pequeña no del todo, porque ella estaba en su mundo, pintando, a su bola. Un poco aislada del entorno. Incluso, yo recuerdo una amiga del colegio que me decía: "Isa, la que no se entera". Y a mí me dolía mucho eso. Y es verdad, porque a veces estaba ensimismada, es la palabra. Y eso me hizo mucho daño, fíjate, para que me acuerde yo de eso... a pesar de que en clase era brillante

T: Sigue contándome la historia... ¿qué es lo que pasó que hizo que la burbuja en vez de proteger, atacara?

P: Hubo una época en que las amigas del colegio se burlaban de mí (eso no sé, pero es lo que me está saliendo). A ver, también lo hacían entre ellas, no es que yo sufriera bullying sola, pero es verdad que se empezaron a meter conmigo, no recuerdo tampoco

con qué cosas, pero yo llegué un día llorando a mi casa, diciendo que me quería ir del colegio. Y mi mejor amiga me dio de lado. Mis mejores amigas luego se fueron del colegio. Cada vez que yo quería a alguien, ese alguien me abandonaba. Incluso el primer chico del que me enamoré me quería utilizar. Entonces yo creo que la función de la burbuja era protegerme.

T: ¿De qué te quería proteger?

P: Del dolor del abandono, del dolor de la soledad, del dolor del desamor. Y la niña creció y supongo que ese mecanismo siguió. Hasta que un día, a raíz de ese impulso a quedarme fijada en el pecho de una chica, se me disparó. No sé qué puede ser. Una psicóloga me dijo que era una falta de aceptación de mí como mujer. Pero yo no creo que esté relacionado...

T: Bueno, no vayamos a lo racional

P: Esa burbuja se fue haciendo más y más grande para proteger de los sucesivos abandonos. De las amigas, del chico, hasta que llegó un momento en que mi pareja me ponía los cuernos. Yo notaba que ella me hacía chantaje emocional y a veces me sentía desconectadísima. Porque si alguien te pone los cuernos, no te está queriendo mucho y me llegó a escribir: "te amo, pero quiero a otra". Entonces creo que cada vez más me defendía del dolor de verlo

T: Volvamos al dibujo. ¿Dónde está la burbuja?

P: La burbuja es como un cristal, como una mampara. Se hizo tan grande que se transformó en una mampara que me impedía conectar con el exterior, como las imágenes de las cárceles que te conectan con el teléfono, pues igual. Se transformó en eso, en una especie de blindaje. Una mampara blindada

T: Vamos a empezar a conectar con la mampara, el blindaje. Vamos a trabajar con eso como una parte. Para ayudar vamos a utilizar la estimulación bilateral, a través de movimientos oculares o el tapping. Voy a hacerte una pregunta, y tú no tienes que buscar la respuesta, sólo dejarte fluir y observar. Te tienes que poner en la posición de observar desde el cerebro superior y déjate fluir. Desde la curiosidad, eres una persona curiosa, ponte en esa situación y observa qué es lo que percibes en ti. A veces la respuesta puede ser una intuición, o una sensación en el cuerpo o una emoción, o a veces te pueden venir unas palabras, o un recuerdo, o una imagen

simbólica. Tú lo único que tienes que hacer es dejar que las cosas fluyan y dejarme que yo guíe el proceso

P: ¿Y si pienso que mi respuesta es racional?

T: No te preocupes que eso lo manejo yo. Vas a visualizar la imagen de esa parte que te desconecta del exterior, vamos a hacer una pregunta a tu mente y simplemente vamos a observar qué viene. ¿Qué tiene de bueno ahora, desconectarte totalmente del mundo externo?

Deja esa pregunta en tu mente mientras empujas mis dedos con tus ojos y observas qué viene a tu mente, qué sensación tienes ... MO (la técnica mindfulness con EBL permite tomar conciencia).

P: Protección. MO. Me ha venido mucha angustia aquí, protegerme de la angustia. Eso, a lo mejor es racional, pero es que la emoción la he sentido. Cuando estaba con las sesiones de biodescodificación, tenía temporadas que estaba con lo de la desconexión y otras temporadas que no, sentía una pelota en el corazón, dura, y eso me agobiaba mucho. MO. Estoy relajada. MO. Quizá un poco esa ausencia, pero muy ligera (desensibilización de sensaciones con EBL)

T: Vamos a preguntar a la parte qué tiene de bueno ahora desconectar mediante la ausencia. MO (herramienta EMDR para el trabajo con las defensas).

P: Evitar la vergüenza, me ha venido un recuerdo de una vez que estaba ensimismada en mis manos, y una compañera se rió de mí. MO. La vergüenza, la culpa, el qué dirán de mí los demás, es algo que tengo muy dentro de mí

T: ¿Te puedes quedar un poco con eso?

P: Me cuesta sentir, te lo digo

T: ¿Qué tiene de bueno evitar el sentir cuando te viene eso? (herramienta EMDR para el trabajo con las defensas)

P: Evitar estar como un flan, evitar el desbordamiento emocional. Me voy a dejar temblar un poco, porque estoy como temblando.

T: El temblor es algo que también permite soltar la tensión. Los animales después de pasar por un peligro, descargan la energía que se acumula empezando a temblar (psicoeducación)

P: Es verdad, mi perro lo hace

T: *¿Puedes notar cómo tu cuerpo se va descargando de la energía? Obsérvalo, simplemente lo observas, lo notas y lo dejas fluir.* MO (desensibilización de sensaciones con EBL)

P: *La pierna derecha ha parado de temblar. La izquierda sigue temblando.* MO. *Ahora noto paz.* MO. *Calma, paz*

T: *Ahora te vas a dirigir al blindaje y pregunta si se da cuenta de que ahora tienes control.* MO

P: *Noto más seguridad, como cuando has terminado un examen y has descargado toda la tensión. De pequeña cuando terminaba los exámenes, me descargaba y sentía más control sobre mí misma.* MO. *Siento ahora ese control, sobre todo en lo que es el cuerpo.* MO. *Estoy tranquila*

T: *Vamos a seguir con la parte y le vamos a preguntar si sabe que ahora forma parte de una adulta de 27 años*

P: *No, no la conoce, no sabe*

T: *¿Qué edad siente que tiene?*

P: *7 años*

T: *Mírate en este espejo y a través de los ojos y del cuerpo que compartís, vamos a pedirle a la parte que se fije en la imagen que le devuelve el espejo. ¿Qué es lo que ve a través de los ojos esa parte?* (técnica del ojo por vez para la orientación al presente)

P: *Por detrás ve a una niña*

T: *¿Qué está viendo si se fija en la imagen que ve? ¿Es una niña la que está viendo?*

P: *No, es una adulta*

T: *¿Siente que la imagen que le devuelve el espejo es la adulta de la que forma parte?*

P: *No*

T: *Le vamos a pedir a esa parte, que mirando la imagen de esa adulta que ve en el espejo, sea consciente de que forma parte de ella, mientras va tapando y destapando un ojo por vez*

Y vamos a volver a preguntar a la parte, ¿siente un poquito más que forma parte de una adulta de 27 años?

P: *Por lo menos se siente un poco más adulta que de 7 años*

T: *Tápate un ojo y dime, con ese ojo abierto al mirarte, si la parte se puede creer que ahora forma parte de una adulta*

P: *A medias. Se cree más mayor, pero no de 27*

T: *¿Y con el otro?*

P: *Con el otro, ni se ve... no se lo puede creer*

T: *Bueno, pues vas a hacer lo siguiente: con ese ojo abierto mientras mantienes cerrado el otro, vas a ir tapándolo y descubriéndolo mientras miras la imagen y dices ¿me puedo creer que ahora soy una adulta de 27 años? (5 veces). Y ahora para y dime si se lo cree un poquito más*

P: *Sí, se ve adulta*

T: *Ahora hazlo igual un poco con el otro ojo*

P: *Con este mejor. No me preguntes por qué, pero mejor*

T: *Ahora vamos a volver a chequear con uno y con el otro ojo, para ver cómo se lo van creyendo*

P: *Mejor que antes*

T: *Y ahora cuando te miras así con los 2 ojos, ¿se lo puede creer?*

P: *Ahora sí*

T: *Vamos a explicarle a esa parte que ahora, como adulta, tienes capacidades que no tenías de niña. ¿Qué cualidades que tiene esa adulta convendría saber a la parte que desconecta?*

P: *Control, seguridad, protección, paz*

T: *¿Puedes traer a tu mente algún momento en tu vida, donde te has visto poseedora de esas cualidades? (desarrollo e instalación de recursos)*

P: *Sí, pero tengo que pensarlo un momento. Con el grupo de desarrollo personal, ellos me doblaban la edad. Ahí me sentía segura, protegida, me sentía yo, me sentía con el control, me sentía sin miedo*

T: *¿Cual sería la parte del recuerdo que más asocias con el control?*

P: *Cuando hablaban de la cantidad de terapias que había hecho, que iba a ser una buena psicoterapeuta, que tenía muchos conocimientos*

T: *¿Y qué otro recuerdo tienes también que prueba que tienes control o alguna de esas cosas que esa parte necesita?*

P: *En un restaurante comiendo con mi familia en mi último cumpleaños, me sentía bien, me sentía fuerte, me sentía segura, sentía que no volvería a recaer, me sentía con proyectos e ilusiones.*

T: Como esa parte no sólo comparte el cuerpo, sino que también comparte la mente, le vamos a pedir que imagine que la mente es como una pantalla. En un lado de la pantalla vas a poner la experiencia del grupo de desarrollo personal y en la otra vas a poner el día de tu cumpleaños. Y le vamos a pedir a esa parte que observe esas imágenes. Vamos a ir de una a otra. MO

P: Allí era feliz. MO. Me ha temblado el brazo derecho, no se por qué. MO. Calma, pero a la vez una sensación incómoda en la garganta

T: Puedes centrarte en el malestar en la garganta. MO

P: Me ha venido ahogo en la piscina. Cuando me iba de verano me quedaba con mis abuelos en el pueblo, mis padres estaban toda la semana fuera y yo me quedaba allí y me ha venido la sensación de estar en la piscina con ahogo y también me ha venido la sensación de irme a casa de una amiga e igual, estar en la piscina y sentir esa sensación de ahogo, de malestar

T: ¿Qué edad tenías?

P: Pues, en el pueblo, podía tener 10 años, y en casa de mi amiga 12 años

T: Vamos a explicarle a esa parte, que ahora no estás en peligro, y vamos a pedirle que observe a través de los ojos dónde estás ahora. ¿Qué percibes? (ejercicio para la conexión con el aquí y el ahora)

P: Las paredes rosadas, la luz de la pantalla, tu cara

T: Toma conciencia de eso. MO

P: Más relajación. MO. Más calma. Una pregunta, porque cuando estoy contigo casi no siento la desconexión. Eso me parece curioso

T: Pues eso se lo vamos a preguntar a la parte. ¿Deja esa duda en tu mente y vamos a ver qué viene? MO

P: Pues que necesito seguridad y tú me das seguridad. Mi madre, alguna vez que estoy con ella, me da seguridad. Entonces esa parte se relaja. Como niña sólo cuando percibe que hay algo externo que le da seguridad, se relaja

T: Luego, fíjate qué importante, esa parte necesita seguridad. Y vamos a explicarle que, al formar parte de una adulta, esa adulta tiene todos los recursos. Esa niña que se sentía vulnerable, tenía mucho miedo a sentir emociones porque no podía manejarlas. Ahí

es donde está la clave, en el miedo a sentir ciertas cosas porque no se veía capaz de controlarlas. Tenía miedo al descontrol. Ahora creció y forma parte de una adulta. Y ahora, como adulta, tú puedes manejar emociones. Has aprendido herramientas de control emocional pero esa parte no lo sabe. ¿Podrías llegar a un acuerdo con la parte? ¿Qué es lo que tú quieres decirle a esa parte? (trabajo con partes)

P: Eres la culpable de que no pueda manejar mi vida

T: No, eso no funciona en el trabajo con partes. Esa parte ha tenido un papel, una intención positiva, ya lo estas viendo. Intentó ayudar a esa niña, que en aquel momento no veía más opciones. Es una parte que no va a desaparecer, porque tiene su función positiva. Hay veces que la desconexión ayuda. Imagínate cuando una persona está pasando un duelo, ¿qué pasaría, si en ningún momento pudiera desconectar? Pero aparte de eso, el dolor para un adulto no es insoportable. Esa es una de las cosas importantes que la parte debe saber: el dolor de un adulto no es insoportable. Estamos programados para poder superar el dolor y hacernos más fuertes, lo llevamos en el ADN. Cuando uno ha vivido en etapas tempranas el dolor traumático sin apoyo, se generan defensas. Entonces, esas defensas ya no van a dejar a la persona sentir muchas veces el dolor. Con lo cual el dolor se queda ahí como una herida abierta que genera efectos secundarios, enquistado. Las dos partes tienen que saber que el dolor como adulto se puede superar y hace a las personas más fuertes. Se aprende de ello. Sin esta capacidad el ser humano no habría podido sobrevivir. Luego esa parte intentó ayudar a esa niña vulnerable

P: Sí, a mi me ha ayudado hasta que se ha complicado la cosa

T: Exacto, hasta que ha llegado un momento que se ha quedado bloqueada en su función, y además haciéndolo de una forma absolutamente rígida. Quiero que entiendas que a esa parte no hay que rechazarla, ni hay que pretender que desaparezca, sino simplemente que funcione coordinada con el yo adulto y las circunstancias. Entonces, en función de eso, esa parte te ayudará. ¿Qué pasa cuando un deportista se hace una lesión muy dolorosa y sin embargo es capaz de terminar la competición? ¿Qué ha pasado ahí, que le ha permitido hacer eso?

P: Supongo que ciertos mecanismos del cuerpo le desconectan del dolor

T: ¿Qué le pasa a esa persona que entra a salvar la vida de alguien en un incendio jugándose la suya?

P: Pues que se desconecta del miedo

T: Por lo tanto, el problema no es lo que hace la parte, desconectar, sino cómo lo hace, de forma rígida. Desde tu yo adulto tienes que entender que no hay que eliminar esa parte. Y desde esa parte, entender que de la forma rígida y autónoma como hace su función, no ayuda. La consigna de evitar sentir el dolor por encima de todo, no es saludable. Hay que intentar no sufrir por lo que realmente es evitable y hay que afrontar el dolor inevitable. Sabiendo esto, ¿hay algo que quieres decirle a la parte? (buscar un acuerdo entre partes)

P: En algún momento sé que tendré que darle las gracias, pero ahora no me sale

T: Vale, no hace falta que fuerces las cosas. Pero, ¿qué te parecería pedirle que te dé algún momento de respiro y que ella observe cómo te manejas en esos momentos?

P: Bien

P: Díselo. MO

T: ¿Qué notas en el cuerpo?

P: Calma

T: Bueno, pues eso es una buena señal. Hasta la próxima semana, intenta hacer este pequeño experimento, de forma que la parte que te desconecta, en algún momento donde se activa, deje actuar a la adulta y que observe cómo te vas manejando.

Anexo: ejercicios para integrar el reflejo del miedo paralizador (Blomberg y Dempsey, 2011)

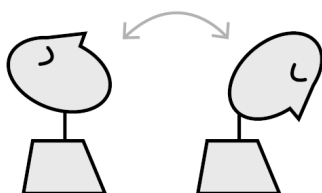
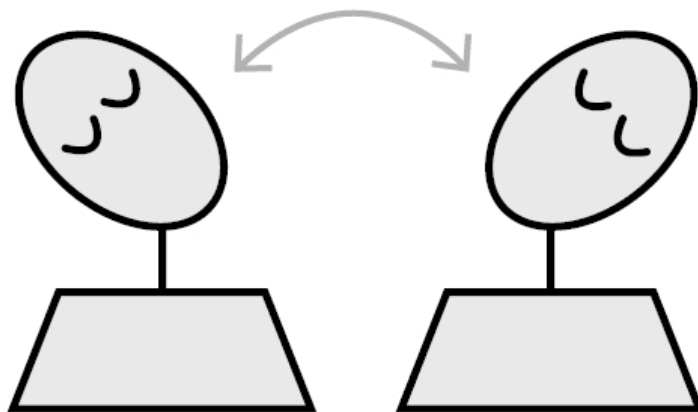
Cabeza

Mover la cabeza de arriba abajo (3 veces)

Mirando al frente, inspirar aire y muy lentamente bajar la barbilla hasta tocar el pecho, mientras se suelta el aire lentamente.

Mover la cabeza de un lado a otro (oreja hacia el hombro)

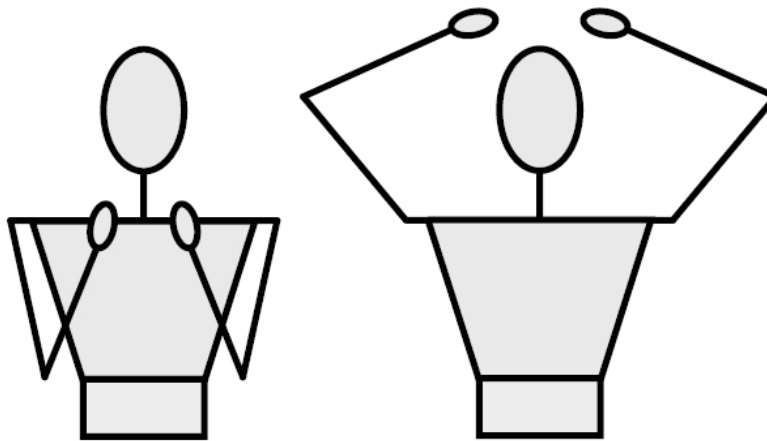
Mirando al frente, inspirar aire y muy lentamente llevar la oreja hasta tocar el hombro (sin levantarlo), mientras se suelta el aire lentamente. (3 veces con cada oreja, alternando derecha e izquierda).



Brazos

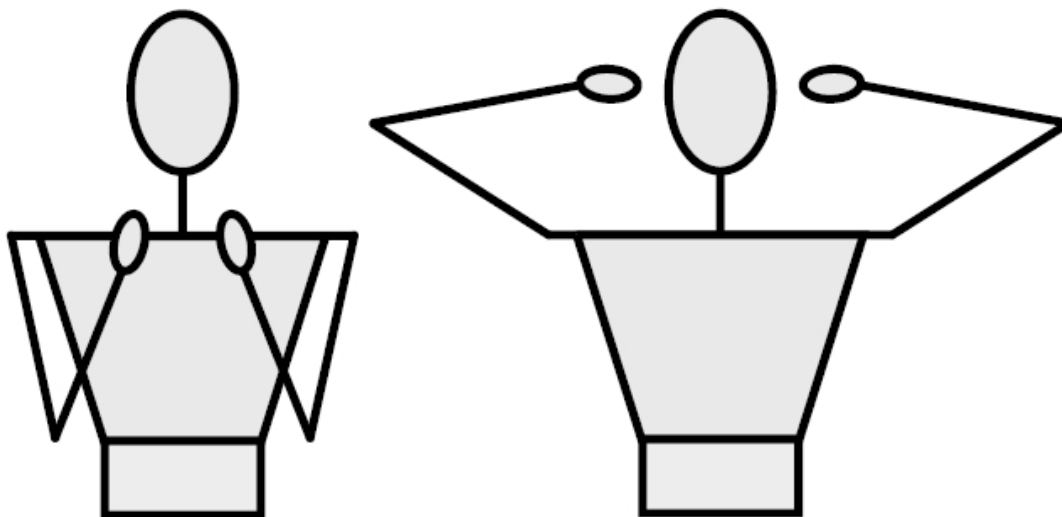
De las clavículas hasta por encima de la cabeza

Poner sobre las clavículas, las manos con los puños cerrados, inspirar aire y muy lentamente levantarlas hasta por encima de la cabeza con las manos abiertas, mientras se suelta el aire lentamente (3 veces).



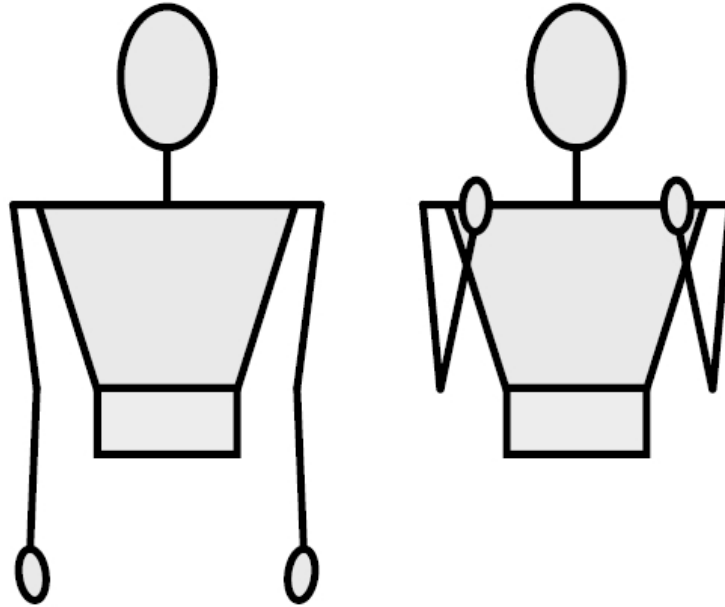
De las clavículas a las orejas (tirando hacia atrás)

Poner sobre las clavículas, las manos con los puños cerrados, inspirar aire y muy lentamente levantarlas hasta las orejas tirando de ellas hacia atrás, mientras se suelta el aire lentamente (3 veces).



**Brazos abajo – hombros
con las palmas hacia fuera**

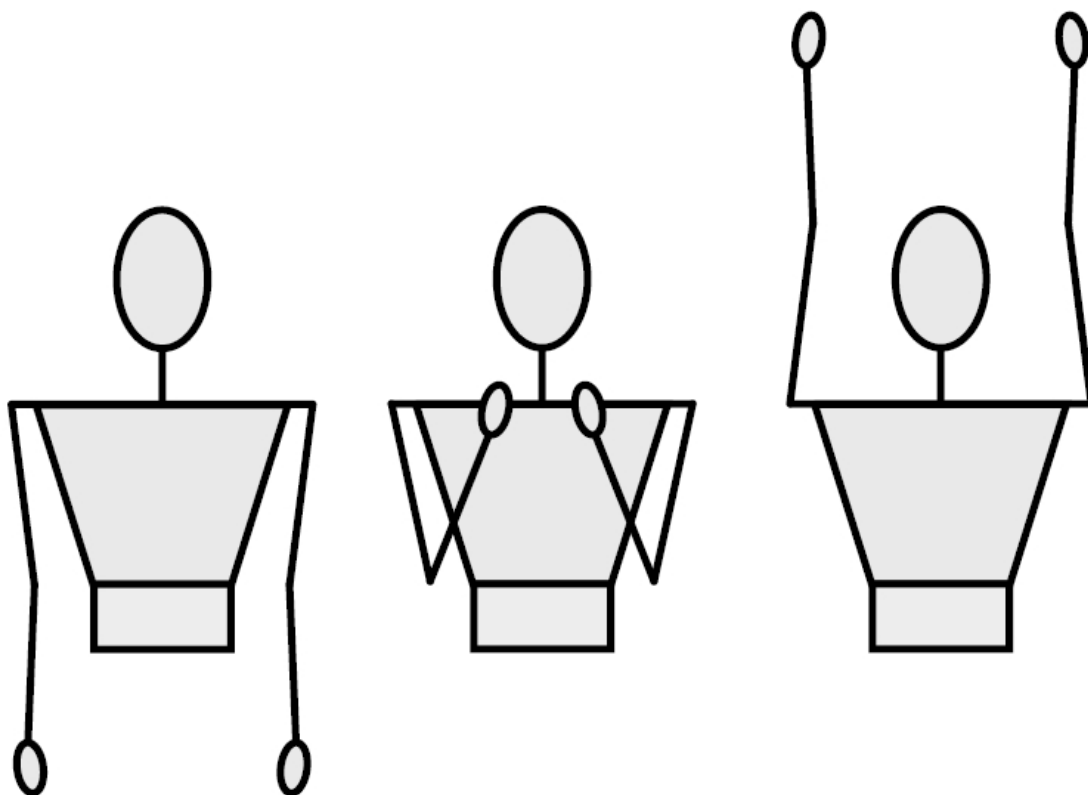
Poner las manos abiertas orientadas hacia el muslo, inspirar aire y muy lentamente levantarlas hasta los hombros con los puños cerrados, mientras se suelta el aire lentamente (3 veces).



Brazos abajo - clavículas - estirar hacia arriba

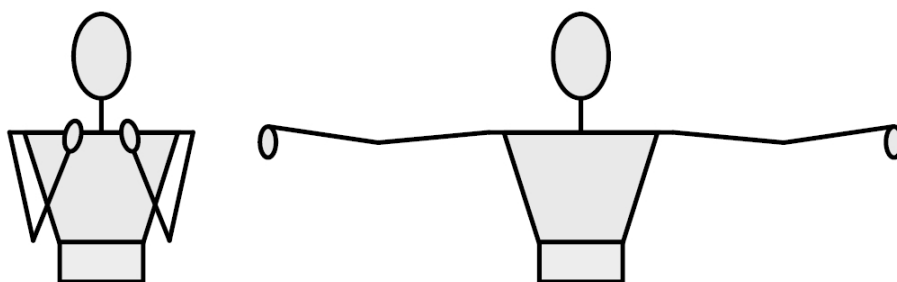
Poner las manos abiertas orientadas hacia el muslo, inspirar aire y muy lentamente levantarlas hasta las clavículas con los puños cerrados, mientras se suelta el aire lentamente.

Volver a inspirar aire y muy lentamente levantar las manos con las palmas abiertas estirando lo máximo posible los brazos, mientras se suelta el aire lentamente. (3 veces).



Puños en las clavículas – abrir y estirar los brazos

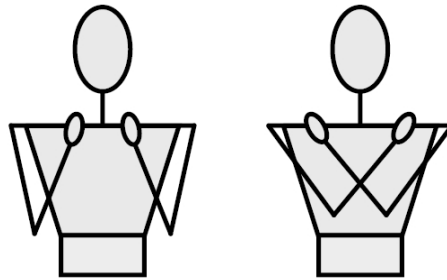
Poner sobre las clavículas, las manos con los puños cerrados, inspirar aire y muy lentamente estirar los brazos en horizontal (en cruz) y abrir las palmas dejando caer las manos hasta por encima de la cabeza con las manos abiertas, mientras se suelta el aire lentamente (3 veces).



Puños en las clavículas y cruzar brazos

Poner sobre las clavículas, las manos con los puños cerrados, inspirar aire y muy lentamente cruzar los brazos sobre

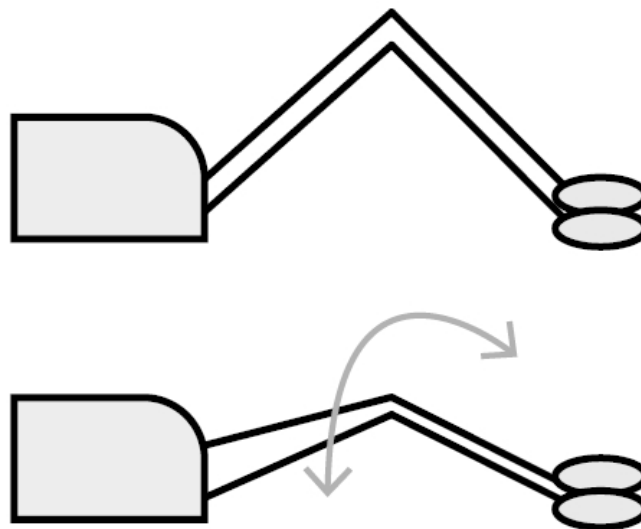
el pecho manteniendo el puño cerrado, mientras se suelta el aire lentamente (3 veces, alternando el brazo dcho. sobre el izdo. y el brazo izdo. sobre el dcho.).



Piernas

Piernas juntas, girar hacia un lado y otro

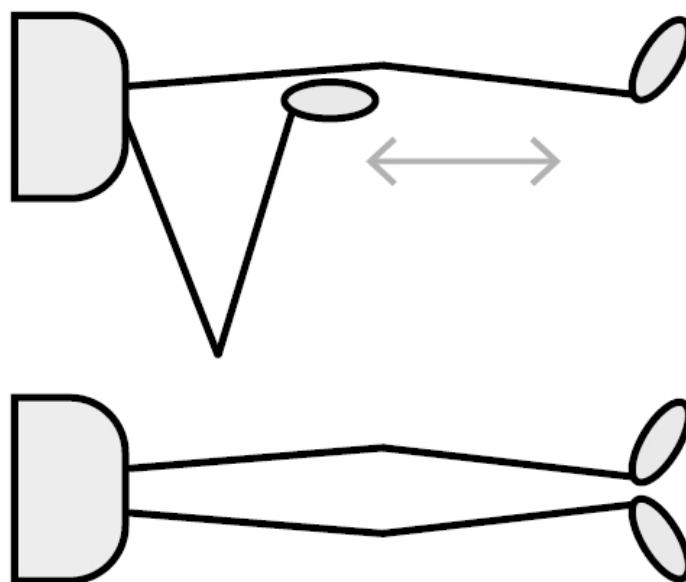
Boca arriba, con las rodillas flexionadas y los pies tocando el suelo, inspirar aire y muy lentamente sin levantar la espalda ni los pies del suelo girar las rodillas juntas intentando tocar el suelo (alternando una vez a la dcha. otra a la izda.) mientras se suelta el aire lentamente (3 veces a cada lado).



Pie en la pierna contraria y bajar rozando

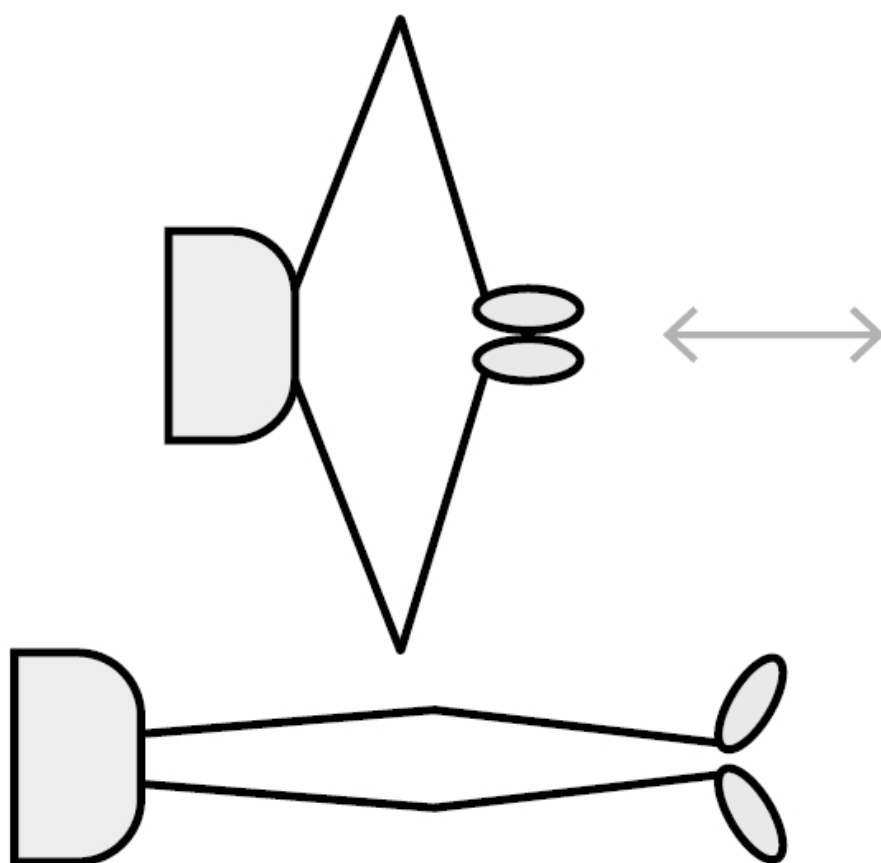
Boca arriba, con una pierna estirada, y la otra flexionada, poner la planta del pie en la cara interna del muslo contrario, lo más arriba posible, inspirar aire y muy lentamente bajar el pie hasta el talón,

sin separarlo del muslo (alternando una vez el pie dcho. otra el izdo.) mientras se suelta el aire lentamente (3 veces cada lado).



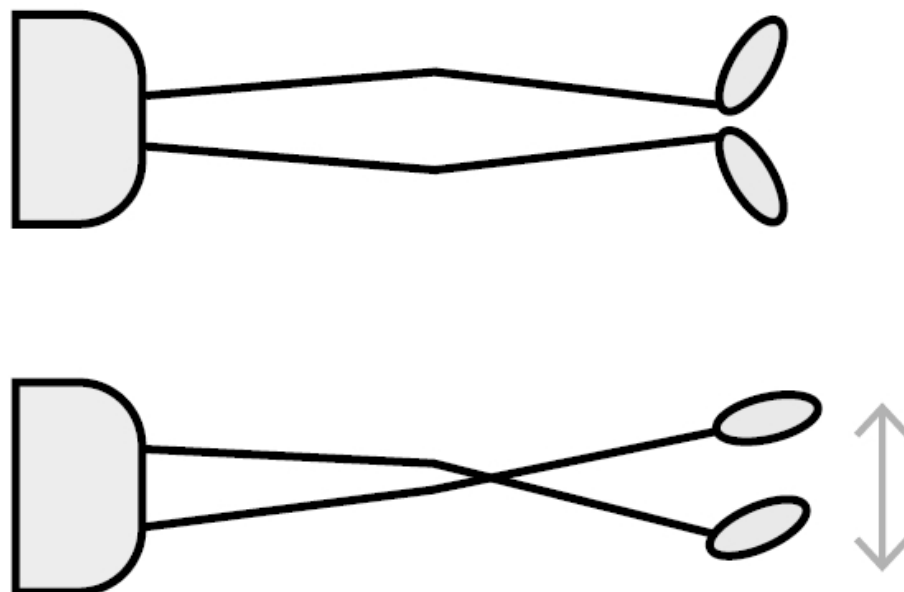
Piernas en mariposa, estirar y doblar por el suelo

Boca arriba, con las rodillas flexionadas, tocando los talones el suelo, unir las plantas de los pies entre sí. Inspirar aire y muy lentamente estirar las rodillas (movimiento de braza en natación) mientras se suelta el aire lentamente (3 veces).



Cruzar y descruzar piernas estiradas

Boca arriba, con las piernas estiradas. Inspirar aire y muy lentamente cruzar una pierna sobre la otra, mientras se suelta el aire lentamente (3 veces, alternando el cruce una vez a la dcha. otra a la izda.).



Observaciones:

Los ejercicios deben realizarse uno detrás de otro, con movimientos lentos y realizando inspiraciones y espiraciones entre un movimiento y otro.

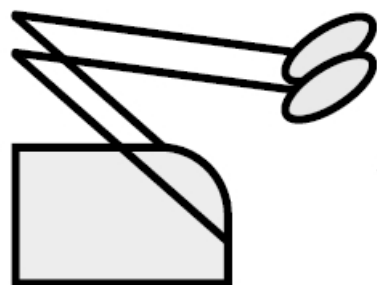
Es importante que el lugar donde se realice el ejercicio sea tranquilo, con pocos estímulos. Si fuera necesario puede ponerse música para ayudarle a relajarse.

Nº de veces a la semana: 2-3 veces a la semana.

Doblar y estirar piernas

juntas por el aire

Boca arriba, con las piernas estiradas. Inspirar aire y muy lentamente flexionar las rodillas sin tocar el suelo, mientras se suelta el aire lentamente (3 veces).



Capítulo 18 / Módulo de trabajo con las partes involucradas en el problema obsesivo

Introducción

En este capítulo se introducen unas directrices para abordar el cluster defensivo que originan obsesiones y otros síntomas defensivos como la hipervigilancia ante ciertos disparadores, rasgos o consignas perfeccionistas, mecanismos de defensa a cargo de la represión de ciertas emociones y contenidos mentales, todos al servicio de la defensa a cargo de la evitación del sufrimiento vivido desde la vulnerabilidad.

Aunque se han planteado siguiendo un orden, hay que insistir en que el terapeuta será el responsable de priorizar el orden para abordar el trabajo con partes, adaptado a la específica configuración estructural y funcional del mundo interno del paciente y a las dificultades que van surgiendo en la terapia.

Conocer la organización de las partes en el mundo interno, el grado de disociación estructural y el análisis de la función de cada una dentro del sistema, ayuda a diseñar tanto el orden de los objetivos como las específicas estrategias de intervención.

Un ejemplo de este tipo de casuística se da cuando eliminar el problema obsesivo-compulsivo dispara la amenaza de que una PE o una PAN afloren a la conciencia o tomen el control.

Igualmente, si el paciente presenta un trastorno de despersonalización, también se requiere comenzar a trabajar con la parte a cargo de la defensa de desconexión, para que pueda conectar con emociones y sensaciones.

Es fundamental, en la fase de conceptualización, comprender la estructura y función de las defensas/partes implicadas en el problema obsesivo. En el TOC, la disociación de contenidos, la desconexión emocional, la obsesión y la compulsión son tendencias de acción a cargo de partes que conforman el cluster defensivo que protege del sufrimiento del pasado, del presente y del futuro.

Por eso, antes de iniciar las intervenciones terapéuticas, está indicado preguntar al paciente si puede imaginar que el Tratamiento del TOC fuera un éxito. Una vez que lo imagine, se le pide que note qué emoción siente y dónde la siente en el cuerpo cuando lo imagina. Otra pregunta es si percibe algo dentro que no quiere. En algunos casos el paciente indica que no puede imaginarlo. Cualquiera que sea la dificultad, requiere investigar la causa y en función de ella, hacer el trabajo con la parte a cargo.

Lo que es común en todos los casos, es la intensa fobia a las acciones mentales y al dolor que presentan los pacientes obsesivos, que implica la dificultad de la aproximación directa a los contenidos interoceptivos traumáticos. Se requiere un elaborado trabajo para desmontar las tendencias de acción del cluster defensivo que incluyen respuestas psicofisiológicas y tendencias de acción mentales y conductuales frente a los déficits de seguridad y autoestima que subyacen, y conseguir el funcionamiento integrado del equipo de partes implicadas en el problema obsesivo-compulsivo con el yo adulto.

En cualquier caso, hay que abordar las partes que constituyen el cluster defensivo, lo que implica llevar a cabo diversas intervenciones enfocadas a objetivos específicos como superar fobias disociativas con el resto de partes del sistema, la orientación en el tiempo, psicoeducación acerca del sufrimiento y la vulnerabilidad, instalación de recursos, desmontar creencias en las que se fundamenta cada acción defensiva y el establecimiento de acuerdos de funcionamiento con el yo adulto o ejecutivo. Estas intervenciones se irán mostrando a lo largo del capítulo.

En general, este trabajo enfocado a partes defensivas está dirigido en primer lugar a hacer consciente cada parte y su función, investigar si hay conciencia entre la parte defensiva tanto con el yo adulto como con las otras partes y la existencia y grado de fobias disociativas entre ellas. Conocer la función de cada parte y desde cuándo está a cargo de la misma, porqué tuvo que asumir esa función, cuando se activó por primera vez y cuando lo hace actualmente, que tipo de tendencia de acción específica utiliza y si la conecta con algún modelo, así como la creencia que refleja la

intencionalidad positiva que la sostiene, qué espera conseguir, que teme, que necesita y los recuerdos asociados a estos contenidos.

Se muestra en primer lugar cómo abordar el trabajo con la defensa que protege de la fobia al sufrimiento frente al temor nuclear, con origen en el recuerdo fuente. Como se ha ido repitiendo, es el juicio del clínico el que aconseja en determinados casos empezar el trabajo con esta parte o con otra.

En las siguientes líneas se irán desarrollando estos aspectos.

Trabajo con la parte que defiende del sufrimiento ante el temor nuclear

Abordar las memorias traumáticas del pasado que subyacen en el problema obsesivo-compulsivo implica un trabajo previo al reprocesamiento de estos blancos en la fase 3. Aspectos interoceptivos de estos blancos de reprocesamiento son objetivos a cargo del cluster defensivo y que se manifiestan por medio de desconexión y obsesiones, por lo que se requiere previamente abordar estas defensas.

Lo cual lleva a la necesidad de realizar distintas intervenciones enfocadas a las defensas, previas a la aproximación a los contenidos traumáticos de vulnerabilidad emocional y falta de autoestima, para poder abordar la historia de dolor e inseguridad y trabajar en ella. Más que el trabajo con el recuerdo del trauma, lo que a estos pacientes les resulta muy duro es el conectar con su vulnerabilidad y su carencia de autoestima, de forma que parte de la estructura de su personalidad se fundamenta en el control de las circunstancias que pudieran activar la conciencia de sus carencias. La indefensión ante el sufrimiento es la base del estado vulnerable y del consiguiente esquema defensivo que, posteriormente, como consecuencia de la traumatización frente al fracaso defensivo, va a generar las obsesiones y compulsiones.

Este trabajo se inicia partiendo de la primera experiencia que originó el sufrimiento frente al TN (RF), origen de la indefensión frente al dolor, dando lugar al esquema defensivo. La información que se necesita conocer (miedo nuclear, interpretación, creencias, tendencias de acción defensivas) la hemos obtenido en la conceptualización del caso.

A través del primer recuerdo de sufrimiento frente al TN (RF), se invita al estado vulnerable y al resto de las partes que se activan, que observen y vean la experiencia, con los siguientes objetivos: a) psicoeducación sobre el sufrimiento, b) la toma de conciencia de que todas las partes forman parte de un adulto, c) la modificación de las creencias alimentadoras y defensivas en relación al sufrimiento, d) el establecimiento de un acuerdo con la defensa frente a la “vulnerabilidad” y e) solicitar el permiso de las partes para *el experimento de acceder a ese niño/a vulnerable para ayudarlo*. Sin embargo, también se puede realizar este trabajo partiendo del recuerdo de la traumatización al fracaso defensivo o de una situación del presente disparadora de las obsesiones, donde se invita a todas las partes involucradas. O simplemente invitando a la sala de reuniones a las partes involucradas en el TOC y a partir de ahí se conecta con esa parte defensiva.

En los casos donde surge una fuerte defensa evitativa frente al éxito del tratamiento del TOC siendo la causa el rechazo al sufrimiento, se hace necesario dar prioridad a este trabajo.

Ejemplo que muestra cómo abordar el caso de una paciente que tiene una parte evitativa muy fuerte

Se puede ver cómo este trabajo integra muchas intervenciones. La paciente empieza a bostezar cuando se le plantea hacer trabajo con partes.

P: *Esto no sé si me va a servir... es muy difícil. Me duele la cabeza, no me apetece*

T: *¿Cuándo apareció por primera vez?*

P: *Tengo la sensación de que cuando mi padre me pegaba, no lo recuerdo, es como la sensación en la cabeza de un golpe*

T: *Vamos a entrar a través del dibujo. Te voy a pedir que accedas, pienses, imagines o sientas lo que sea cuando conectas con ese golpe de tu padre en la cabeza. Y cuando conectes con ello, observes lo que sientes. Cuando seas consciente de ese sentimiento y de lo que eso suponga, haz un dibujo que represente la emoción, la experiencia y lo que te viene*

La forma de hacerlo es la siguiente: no tienes que dejar que nada racional se involucre. Piensa, imagina o siente en relación con eso, cuando tu padre te dio el golpe en la cabeza y simplemente observa

qué pasa por ti... y cuando seas consciente de eso que te viene, siente, nota... cualquier cosa, métete en su esencia y cuando la notes, empieza a dibujar con la mano izquierda y los ojos cerrados. Hasta que luego más adelante abras los ojos

La paciente hace un dibujo.

T: Ahora, cuando miras este dibujo, ¿qué es lo que sientes?, ¿qué emoción sientes?

P: Tristeza

T: ¿Qué intensidad?

P: 7

T: ¿Qué es lo que te causa la tristeza?

P: Que esa niña está muy indefensa y que es su padre el que le está haciendo daño

T: ¿Qué es lo que desde otra parte de ti puede transmitirle a esa parte?, ¿está indefensa ahora?

P: No, ahora no estoy indefensa. MO

T: ¿Qué es lo que notas ahora?

P: Está más relajada. MO

T: Cuando vuelves al dibujo y lo asocias a la idea de “estoy indefensa”, ¿qué emoción sientes y dónde?

P: Tristeza que noto en los ojos, en la garganta y en la cabeza

T: ¿Qué intensidad tiene?

P: 7

T: Mira eso, nota esas sensaciones. MO

T: Respira, ¿qué te viene o qué experimentas ahora?

P: Sueño, más relajada

T: Quédate con eso. MO

P: Me voy al bebé, yo de bebé en una cuna y me entra sueño

T: Sigue con eso. MO

T: Y ahora, ¿qué experimentas?

P: Lo mismo

T: ¿Qué es lo que sientes?

P: Sueño

T: En la escala de la cabeza, ¿dónde estás ahora?

P: Casi en la nuca

T: Dime, ¿cuántos dedos hay aquí, y si le sumas 5, le restas 8, le sumas 7, etc... ¿dónde estás ahora?

P: *Bastante atrás todavía, noto un sueño como cuando te anestesian*

Se utilizan distintas estrategias para devolver a la paciente al aquí y ahora como la conciencia del olor, preguntar la fecha del día, la percepción de lo que ve y el uso de un espejo donde se mira, diciéndole ¿qué te hace darte cuenta de que eres adulta?

T: *Y ahora, ¿dónde te encuentras en la línea?*

P: *No me he ido del todo*

T: *¿Qué emoción sientes?*

P: *Pena, porque me doy cuenta de que mi padre era muy bestia*

T: *¿Dónde la sientes?*

P: *En la garganta, en la cabeza, pero es menor, como un 4*

T: *Quédate con eso. MO*

P: *Pobrecita niña. Qué bestia, pobrecillo, no lo hace conscientemente. Mi adulta rescata a esa niña*

T: *Sigue con eso. MO*

P: *Y ahora, me ha venido mi adulta que le para la mano a mi padre*

T: *Sigue con eso. MO*

P: *Es como que la adulta se pone agresiva con el padre y la niña se asusta, siente pena y rabia al mismo tiempo.*

T: *Sigue con eso. MO*

P: *Lo mismo, la rabia es más fuerte y la pena también*

T: *Sigue un poquito con eso. MO*

P: *La pena es el sufrimiento de mi madre que dice me vais a matar, no contestes, no hagas eso, y la rabia es ¡déjame en paz!*

T: *Sigue con eso. MO*

P: *No soy mala, es mi derecho, pero sigue la pena*

T: *Vamos a invitar al sabio interno y le vamos a pedir ayuda. Observa qué mensaje te llega. MO*

P: *Como decía Freud, tienes que matar a tu madre y a tu padre para ser libre*

T: *Quédate con eso. MO*

P: *Me da pena*

T: *¿Qué te da pena?*

P: *Mis padres, la cara de mis padres, va unido un poco a “soy mala”*

T: Cuando unos padres que tienen que tranquilizar, proteger y ayudar, no son capaces, la niña se siente responsable, ya que es mejor ser una niña mala que tener unos padres malos. MO

P: Sus padres están indefensos, no son fuertes, y eso la niña lo nota, no saben hacer las cosas que hacen los otros padres. Me viene un momento donde yo tenía 10 años y entonces mi padre me dijo que no me había llevado al colegio que tenía que haberme llevado, porque siempre estaba cerrado. Me di cuenta de que mi padre no tenía herramientas y de que no estaba protegida. La niña se quedó ahí

T: Te voy a contar algo. Eran 2 hermanas, y las cosas en su vida se pusieron difíciles en casa, de manera que una se quedó allí y la otra se fue muy lejos con unos familiares. Pasó mucho tiempo y la hermana que se fue, creció y aprendió muchas cosas y se hizo muy fuerte. Decidió volver a buscar a su hermana y sacarla de allí para siempre. MO

P: La niña está más tranquila y he visto las dos partes. Aunque hay algo dentro de mí que todavía siente que es menos que los demás, acepto todas y cada una de las partes de mí, aunque no sé si acepto esa parte que considero "la tonta". Cuando se activa, me desorganiza, no me deja hablar bien

T: Ella es como la cenicienta del cuento. Tú te crees superior porque te sientes segura. Pero el hecho de que esa niña no se sienta segura... no es prueba de que sea menos. No la hace ser menos que nadie. Lo que sí dice de ella es que es una superviviente y el tipo de persona que es, que quiere a sus padres a pesar de todo el dolor que le han generado. A lo mejor hay que ayudarla a entender que no es su responsabilidad. Y la parte que se ha librado de los marrones, no es mejor por eso. MO

P: Ahora puedo sentir que esa niña se culpaba por no culpar a sus padres. Lo está sintiendo en el corazón. Que ya puede dejar ir eso

T: Imagina que esas emociones, esa culpa, fueran energía, y nota dónde la sientes. Vamos a imaginar que esa energía empieza a disiparse en el sentido contrario a las agujas del reloj. Y la culpa se va yendo, disipándose. Sigue hasta que sientas que se ha liberado. MO

P: Eso me separa de mis padres

T: *Dile que separarse no quiere decir que desaparezcan para uno, ella ha crecido y tiene que seguir su propia vida, que es diferente de la de sus padres. Es como decirle desde tu yo adulto, separa tu vida de la de ellos para que nuestra vida dé un sentido a la de ellos.* MO

P: *Mis padres han ido saliendo de mí, como si fueran ceniza. Yo iba creciendo y ellos iban separándose de mí...*

T: *¿Y qué sientes?*

P: *Alivio en la garganta*

T: *Imagina que les dices “vosotros sois mis padres y yo vuestra hija. Vuestra vida es vuestra y yo voy a ser lo más feliz que pueda con la mía y así darle un sentido a vuestra vida”.* MO

T: *¿Qué experimentas?*

P: *Alivio en la garganta. Me da fuerza. Estoy más fuerte*

T: *¿Qué palabras positivas refuerzan esa sensación de fuerza y fortaleza?*

P: *“Soy fuerte”*

T: *Quédate con eso.* MO

P: *Me veo que soy fuerte, grande. Mi yo sabio, mi yo adulto, y esa niña se han transformado. La niña tiene mucho color y está separada de sus padres. Todas unidas podemos estar bien*

T: *¿Cómo sientes eso?*

P: *Muy bien, erguida. Tranquilla, relajada y en paz.* MO

Psicoeducación acerca del sufrimiento y otros afectos

La psicoeducación acerca del sufrimiento se enfoca en que las partes que defienden del sufrimiento entiendan que ahora forman parte de un adulto con recursos para afrontar los temores y las emociones dolorosas tanto del pasado, del presente como del futuro, y que las experiencias de vulnerabilidad son ahora recuerdos.

Ejemplo orientado a la psicoeducación referente al caso nº 2

La paciente tiene una parte vulnerable que es una niña triste por las peleas de sus padres, que sufría cuando veía a su madre que se alteraba tanto en las discusiones, que creía que se estaba muriendo.

Se invita a la niña y a las partes defensivas implicadas en el problema obsesivo a reunirse en la sala de reuniones y que

observen y vean, ya que todas comparten el mismo cuerpo y la misma mente.

El terapeuta va dando la información a las partes a través del yo adulto:

aprendiste a pensar que eras débil para afrontar el sufrimiento. La razón es que eras una niña en unas circunstancias difíciles, donde precisamente quienes tenían que protegerte y consolarte eran los que te producían el dolor. Pero ahora esa niña ha crecido y forma parte de una adulta fuerte y con recursos.

Todos los seres humanos estamos preparados para superar el dolor y eso nos hace más fuertes y más sabios. Como adulta estás preparada para afrontar emociones por dolorosas que sean. Cuando no se asume lo doloroso que nos sucede en la vida, y se intenta no sentirlo o no percibirlo, es como si cuando tenemos una herida nos tomamos una aspirina y nos la tapamos, ocultamos la herida para no verla y así nos creamos la ilusión de que no existe. Pero la herida sigue ahí, y como no se ha curado provoca una enfermedad peor, más grave y dolorosa que la propia herida. Todo ello nos debilita, nos hace vulnerables y nos crea muchos problemas. Pero si se acepta sentir el dolor y se afronta, llega un momento que el dolor se supera. Un ejemplo de metáfora a introducir es la frase las cicatrices no duelen.

El ser humano tiene que sufrir, pero también tiene la capacidad de superarlo y hacerse más fuerte con ello. Esta capacidad forma parte esencial del hombre, ya que sin ella no habría podido sobrevivir la especie.

Se le puede preguntar al paciente si alguna vez se ha sorprendido gratamente de sus reacciones ante un hecho perturbador. Si la respuesta es positiva, se instala con EBL.

Después de este trabajo, se propone hacer un entretejido invitando a las partes a compartir la idea “el sufrimiento nos da la oportunidad de hacernos más fuertes y sabios”.

Respecto de la fobia a otros afectos el uso de metáforas y ejemplos es muy útil, aunque es conveniente adaptarlas a cada paciente.

Ejemplo de metáfora para el miedo al miedo

Había una vez un gato, que al igual que a todos los gatos le gustaba curiosear y descubrir todo lo que había a su alrededor. Solía ir a la orilla del mar a jugar con las conchas, con los cangrejos, a correr cuando venían las olas... Un día de los que estaba en la playa, hubo una tormenta y el mar se enfureció. Al gato se le pusieron los pelos de punta de todo su cuerpo, y se lanzó a correr y no paró hasta llegar a su gatera. Después de esto decidió no volver a ir a la playa por si acaso volvía a ocurrir algo parecido. Otro día, estaba jugando entre las ramas de un árbol grande, y de pronto, oyó un sonido extraño, y otra vez ocurrió algo parecido, todo su cuerpo se erizó sin tan siquiera comprobar si había algún peligro, salió a todo correr hacia su gatera, y decidió no volver a ir a ese árbol.

Esto mismo le ocurrió más veces, hasta que al final casi no tenía sitios a los que ir a jugar y a curiosear. Pero lo que pasó entonces, es que un día, estando dentro de su gatera se erizó, se erizó completamente y ahora ya sí que no tenía un sitio al que salir corriendo. Decidió consultar con el gato sabio de su manada y le dijo: “gato sabio, dondequiera que vaya existen peligros, lo sé porque mi cuerpo se eriza para advertirme; ¿cómo hacen los demás gatos para no poner en peligro sus vidas?”

El gato sabio le contestó: “a todos los gatos se les eriza el pelo a veces, esto no indica que exista algún peligro. Lo que a ti te pasa es que has aprendido a temer esa reacción que tu cuerpo tiene, y con ello a quien temes es a ti mismo. La forma de salir de todo esto pasa por aceptar que como gato que eres, tendrás esa reacción muchas veces en tu vida. Y cuanto más quieras detenerla más aparecerá. Ve a la playa y espera a que todo tu pelo se erice, no corras, aprende cómo funciona y así lo dominarás. Después ve al árbol y haz lo mismo. Y así, con cada uno de los sitios que conozcas. Espera a que te erices todo lo que puedas y acéptalo. De esta forma dejarás de temer algo que es tuyo, algo que es parte de ti.”

Y así lo hizo, le costó un poco, pero lo logró, trataba de provocarse el erizamiento de sus pelos hasta que dejó de asustarle, y volvió a todos los lugares a los que había dejado de ir, y comenzó otra vez a jugar y a curiosear, tenía un montón de cosas por descubrir.

Orientación al presente de las partes

La orientación en el presente de las partes es otro aspecto relevante, ya que las partes deben tomar conciencia de que todas forman parte de un adulto y de que las experiencias perturbadoras ahora son sólo recuerdos. Se le pregunta a cada parte si sabe que ahora es parte de un adulto. Si no es así, para conseguir el objetivo de orientación en el presente de una parte, se pide al paciente que tome un espejo y que la parte que queremos que tome conciencia del presente se mire a través de los ojos que comparten. Con el espejo delante va tapándose y descubriendo alternativamente cada ojo, mientras va mirando la imagen del espejo y tomando conciencia.

Otra forma de conseguir la orientación al presente de las partes es por medio de la línea del tiempo de la vida, donde se les va mostrando a las partes, las imágenes de la línea del tiempo de recuerdos construida (LT) desde el nacimiento hasta el presente.

Se recomienda el uso de una LT porque muchos pacientes no son capaces de recuperar recuerdos espontáneamente durante el paso de la línea del tiempo de su vida. Incluso personas que recuerdan fluidamente muchos años de sus vidas pueden tener algunos huecos o períodos de años en los que les cuesta mucho más recuperar recuerdos al avanzar visualmente a través de los años.

La LT escrita es un recurso que ayuda a acelerar el proceso de recuperación de recuerdos. Para prepararla se comienza por el recuerdo más temprano que el paciente tenga. Para la mayor parte de la gente el recuerdo más temprano suele ser a la edad de 2 o 3 años.

El terapeuta usa las instrucciones: *“trata de recordar al menos un recuerdo por cada año de tu vida desde el más temprano hasta el presente. Si tienes más de un recuerdo por año está bien, pero basta con anotar uno.*

Por cada recuerdo, anota la edad que tenías en ese recuerdo, y después de la edad anota una palabra o frase que te permita traer ese recuerdo cuando yo te lo lea. No necesito entender lo que significan esas palabras o claves, no escribas explicaciones en esta lista.

Los recuerdos utilizados deberían ser específicos para un solo año. Por ejemplo, “trabajar en el Ayuntamiento” no sería una buena

clave si has trabajado allí más de dos años.

Anota tus recuerdos cronológicamente. Las claves que anotes deberían ser cosas que recuerdes realmente, no escenas que hayas visto en una foto pero que cuando ves la foto no recuerdas cuándo te la hicieron. Las claves que anotes también pueden ser el nombre de un amigo/a con el que pasaras tiempo a esa edad, o lugares en los que se ha trabajado o vivido, incluso recordar el aspecto de una casa, de una escuela, es suficiente para este “esqueleto” de línea del tiempo. No hace falta que los recuerdos sean importantes en absoluto, deberían ser neutros emocionalmente o positivos. Sin embargo, incluye también los hechos significativos que hayan impactado tu vida, como muertes de personas importantes para ti, matrimonios, divorcios, nacimientos, etc.

Si puedes ten la lista preparada para la próxima cita. Pero si esta “tarea” es demasiado abrumadora y te trae demasiada emoción, haz lo que puedas y yo te ayudaré a completar la lista.

Tabla 14. Línea del tiempo de recuerdos

LÍNEA DEL TIEMPO DE RECUERDOS				
EDAD	RECUERDOS	EMOCIÓN	CREENCIA	OBSERVACIONES
0				
1				
2				
3				
4				
5				
.....				
n				

Con los pacientes TOC hay que incluir también en la LT el recuerdo fuente o imagen construida (si es memoria implícita) de la experiencia origen de la vulnerabilidad frente al sufrimiento generado por el TN, la experiencia origen de la TFD, y la situación disparadora de la primera obsesión. También es recomendable

introducir los recuerdos con los recursos que prueban que tiene fortaleza o la cualidad que el paciente nos dice que necesitaría para sentir que es capaz de afrontar el dolor. Antes habría que investigarlos y tenerlos ya instalados. Todos estos recuerdos se introducen en la LT, en la edad correspondiente.

Modificar las creencias inadaptativas alimentadoras de la fobia al dolor y a otros afectos

Modificar las creencias inadaptativas alimentadoras de la fobia al dolor y a los afectos, por medio de intervenciones psicoeducativas y técnicas enfocadas a desmontarlas y el uso de EBL durante el proceso.

Con respecto a la parte a cargo de la disociación defensiva frente al dolor, que utiliza la retracción de conciencia y la represión del afecto, hay que validarla en relación al pasado, ya que como niño sin apoyos la disociación es la salida cuando no hay salida. Sin embargo, hacerlo en el presente, como adulto con recursos, es inadaptativo porque mantiene la vulnerabilidad, quedando así atrapado en el sufrimiento.

Si se tiene en cuenta el caso de la madre con imágenes obsesivas de agresión a sus hijos, se puede identificar esta parte como “el saco lleno” que apareció cuando tenía 5 años y su padre la pegó en la cabeza. Apareció para protegerla del sufrimiento por medio de esconder el dolor y no pensar en lo que hace sufrir.

En las líneas más abajo, se plantea una serie de objetivos e intervenciones orientativas, que siempre hay que adaptar a cada paciente en particular, con el objetivo de desmontar la base de las tendencias de acción de la represión del afecto y la retracción de conciencia.

Respecto a la represión del afecto, intervenciones posibles son el uso de información, metáforas y entretejidos donde se recuerda la información acerca del efecto de no afrontar el dolor. Se puede introducir el entretejido “esconder el dolor no lo hace desaparecer ni cura las heridas emocionales. Se sufre hoy para seguir sufriendo”. También está indicado utilizar técnicas de terapia cognitiva con la creencia defensiva “debo esconder lo doloroso”, o utilizar herramientas EMDR, partiendo de la pregunta ¿qué tiene de bueno esconder lo doloroso permanentemente?, o instalar y desarrollar

recursos en base a preguntar al paciente ¿qué necesitarías para permitirte sentir el dolor con seguridad?

Respecto a la retracción de conciencia, la psicoeducación tiene que enfocarse hacia desmontar la creencia reflejada en la frase “ojos que no ven, corazón que no siente”. Una metáfora que se puede usar como entretejido es: “evitar pensar algo doloroso es como el que se hace una herida grave que requiere ayuda y en vez de eso, se anestesia para no sentir el dolor y se la tapa para no verla y así no darse cuenta de que la tiene”.

Diversas intervenciones permiten abordar la retracción de conciencia. Una de las cuales es argumentar la ventaja asociada a la conciencia, que permite contrastar la veracidad de lo que se piensa. El pensamiento no siempre se ajusta a la realidad.

En ocasiones tenemos creencias negativas acerca de nosotros mismos o de los demás que son la respuesta de un niño indefenso, que no entiende nada, y que se responsabiliza de algo que no depende de él. Al no ser consciente de lo que aprendió a creer, no le es posible darse cuenta de que es una forma de pensar equivocada. Y el no ser consciente de dónde está el error, impide aprender de ello y mejorar.

Otra opción de intervención es el uso de herramientas EMDR a través de preguntas del tipo ¿qué tiene de bueno no pensar que no eres valioso? O, si piensas eso de ti, ¿notas el deseo de evitar pensarlo?

También podemos instalar y desarrollar recursos en base a preguntar ¿qué necesitarías para permitirte pensar eso de ti? O, ¿cómo ve a esa parte tu yo sabio? El sabio interno es un recurso muy indicado porque es la parte que todos tenemos, que es capaz de ver cualquier parte desde el amor incondicional.

Después de este trabajo, está indicado chequear las defensas a cargo de la retracción de conciencia y la represión del afecto, mediante preguntas del tipo: ¿cuánto deseas no pensar lo doloroso o sentir el dolor?

Establecer un acuerdo con la defensa frente a la “vulnerabilidad”

Un acuerdo con la defensa frente a la vulnerabilidad puede realizarse proponiéndole funcionar coordinada con el yo adulto en el

día a día. Si lo estima oportuno, puede dejar pasar las emociones dolorosas que reprime hasta una determinada intensidad, mientras el yo adulto lo afronta con los recursos que tiene, haciéndose así cada vez más fuerte. También se le pregunta a la parte si está dispuesta a desviar el material doloroso reprimido a los sueños, que se irá recordando gradualmente a medida que se esté preparado para procesarlo en terapia. Mediante psicoeducación se explica al paciente que la fase de sueño REM, que es cuando soñamos, ayuda al cerebro a metabolizar el material perturbador.

Por último, se le pide que en terapia permita el acceso a la información y sea el guía que muestre el camino para llegar al núcleo oculto del problema, en el espacio seguro de la consulta, y dejar pasar el material y la carga emocional a la conciencia en terapia, contando con la parte que puede verlo sabiamente.

Solicitar realizar el experimento de acceder a la parte vulnerable para ayudarla

Se pregunta a la defensa frente a la vulnerabilidad si estaría dispuesta en el espacio seguro de la consulta a permitir conectar con la parte vulnerable para ayudarla. Una vez llegado a un acuerdo, se pueden utilizar intervenciones del tipo loving eyes. De esta forma, se muestra a la parte que defiende de la vulnerabilidad la autocapacidad para sostenerse, consolarse y cuidarse a uno mismo, por medio de establecer la conexión, empatía, con la parte que lo necesita. Este trabajo puede poner de manifiesto, si no se ha detectado antes, la existencia de fobias disociativas entre partes, que es necesario abordar.

En los casos donde es posible, se pide al adulto que mire al yo vulnerable con aceptación y amor incondicional. Si aparecen también reacciones fóbicas por parte del yo adulto hay que procesarlas para después poder ver los sentimientos, necesidades de la parte vulnerable y buscar modos de satisfacerlas a través de una interacción cuidadora.

El yo adulto le muestra amor y le pide al estado vulnerable que mire a través de los ojos que comparten, para terminar instalando esa parte en el corazón y percibir juntas las sensaciones somáticas del contacto, a través de la mano que se ha colocado allí.

Ejemplo con el caso nº 3 de la madre que tenía imágenes obsesivas agrediendo a sus hijos

T: Cierra tus ojos e imagina el momento peor cuando tu padre te pega en la cabeza, e invita a la parte que te protege de darte cuenta de los aspectos dolorosos, que acuda a reunirse contigo. Avísame cuando aparezca

P: Ya la veo

T: Vamos pedirle a la parte que escuche y vea lo que vamos a hacer. Aprendiste acerca del sufrimiento ciertas creencias como que “no se puede soportar, que estás indefensa frente al dolor, que eres débil para afrontarlo o que mereces sufrir” y eso te llevó a buscar formas de evitarlo o en caso de no poder, a no darte cuenta de lo doloroso. Esta parte se encarga de esconder el dolor. La razón es que eras una niña en unas circunstancias difíciles, pero ahora esa niña ha crecido y forma parte de una adulta fuerte y con recursos. Todos los seres humanos estamos preparados para superar el dolor y eso nos hace más fuertes y más sabios. Cuando no se asume lo doloroso que nos sucede en la vida, y se intenta no sentirlo o no percibirlo, es como esconder una herida para no verla y así nos creamos la ilusión de que no existe. Pero la herida sigue ahí y como no se ha curado, provoca una enfermedad peor y más grave que la de la propia herida. Todo ello nos debilita, nos hace vulnerables y nos crea muchos problemas

Si uno acepta sentir el dolor, y lo siente y piensa en lo doloroso y lo acepta, llega un momento que el dolor se supera. El ser humano tiene que sufrir, pero también tiene la capacidad de superarlo y hacerse más fuerte con ello

Hay que ser valiente, mirarlo de frente y aceptar pasar por el mal momento. Y luego, como te dije, siempre pasa y nos deja como regalo que somos más fuertes y más sabios

Piensa en esto. EBL. ¿Qué viene ahora?

P: No sabía esto

T: Piensa en ello. EBL. ¿Qué viene ahora?

P: Me doy cuenta de que estaba equivocada

Trabajo con la parte que contiene el cluster a cargo de la sintomatología obsesiva compulsiva

Cuando la parte a cargo de la obsesión se activa genera una respuesta específica, que puede ser un pensamiento, imagen o impulso y un contenido específico, según el tipo de temor asociado al estímulo disparador. Por lo que se propone comenzar el trabajo partiendo del recuerdo de un disparador del presente que activa una obsesión preguntando por la parte que se activa, responsable de ese pensamiento, imagen o impulso obsesivo.

El proceso obsesivo-compulsivo es una dramatización simbólica que, aparte de ser la respuesta frente a temores y fobias conscientes, encubre los temores constituyentes del TN. Las estrategias defensivas, en función del disparador, alertan y/o impulsan para evitar temores. La obsesión consigue también el beneficio de mantener los contenidos constituyentes del TN disociados de la conciencia. Las motivaciones defensivas que subyacen a la obsesión, son difícilmente accesibles. En las líneas que siguen se muestran modos de acceder a las mismas.

Conociendo a la parte obsesiva

Conocer a una parte supone investigar diferentes aspectos, ya mencionados anteriormente y que vienen reflejados en la Tabla 4: Registro para trabajo con partes defensivas.

Se pueden utilizar diversos medios como la entrevista, las técnicas flotar, el uso de dibujos o figuras, el trabajo con las sensaciones corporales, el desarrollo de historias, etc.

Se transcribe como ejemplo un fragmento de una sesión con una paciente, realizando este trabajo de investigación con la parte a cargo de obsesiones.

T: Trae a la mente un disparador del presente que activa la obsesión, ¿cual eliges?

P: Cuando estoy con una persona concreta del trabajo a solas

T: ¿Cual es la obsesión?

P: ¿Y si me pregunta por mi familia, me pongo nerviosa, colorada y con la mirada rara?

Una vez que la paciente está en la sala de reuniones, y ha proyectado la situación de estar a solas con esa persona en una pantalla, se le pide a la parte a cargo de la obsesión que acuda y se siente. Y al yo adulto de la paciente que nos indique cuando la vea.

P: No veo nada

T: Aunque no lo veas, ¿sientes que hay alguna parte ahí?

P: Sí

T: ¿Como te imaginas a esa parte?

P: Como un fantasma

T: ¿Puedes preguntarle cual es su función?

P: Protegerme del sufrimiento

T: ¿De que tipo de sufrimiento?

P: Del miedo y dolor a ser rechazada

T: ¿Y cual es el medio que utiliza para conseguirlo?

P: No fallar en mostrarme ante los demás como una persona feliz, tranquila y sin problemas. Tengo que dar una buena imagen

T: ¿Desde cuándo está a cargo de esa función?

Como la paciente no sabe responder, se usa el método flotar partiendo de la imagen de la parte a cargo de las obsesiones, la creencia “no puedo fallar en mostrarme ante los demás como una persona feliz, tranquila y sin problemas”, y la emoción y sensación asociadas.

P: Me viene un recuerdo de cuando tenía 19 años y estaba en la cafetería con unas amigas y dijeron algo que me hizo ponerme colorada y sentí mucha vergüenza y miedo con unas sensaciones muy angustiosas en el pecho y estómago (origen de la función defensiva de la parte obsesiva, TFD)

T: Parece que la parte obsesiva se hizo cargo de su función a partir de los 19 años, pero ¿cuándo recuerdas haber tenido la primera obsesión?

P: Con 23 años, un día que me encontré con una vecina que hablaba mal de mucha gente y me puse muy colorada y noté que había puesto yo una mirada rara (origen de la TOB)

T: ¿Piensa en el disparador actual y dime si la obsesión es un pensamiento, una imagen o un impulso?

P: Un pensamiento

T: Y ese pensamiento, ¿previene de un peligro potencial, advierte o recuerda un fallo, genera dudas constantes o te impide centrarte en algo?

P: Me recuerda que puedo fallar

T: ¿Te conecta con algún modelo?

P: No

T: *Entonces parece que la parte obsesiva te recuerda que puedes fallar. Y hacer eso, ¿qué tiene de bueno?*

P: *Que no falle, que de una buena imagen siempre*

T: *Es decir que la consigna que subyace a la obsesión sería algo de este tipo: “anticipando el fallo que temo, me protego de fallar”*

P: *Sí*

T: *¿Hay algo que teme o necesita esa parte?*

P: *Necesita estar segura de que doy una imagen buena*

Seguimos investigando para acceder al recuerdo de la vulnerabilidad al sufrimiento frente al TN

T: *Imagina que sucede lo que temes y te pones nerviosa, colorada y notas que tienes fija la mirada, ¿qué es lo que temes de eso?*

P: *Que van a pensar que soy una persona rara*

T: *¿Y qué es lo peor, lo que más sufrimiento te genera?*

P: *Que me critiquen*

T: *¿Cuales son las peores consecuencias externas que temes de eso?*

P: *Que destruyan mi honor*

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias internas que imaginas se pueden derivar?*

P: *Sentir mucho dolor*

T: *¿Y qué creencia negativa tendrías de ti misma en relación a sentir mucho dolor?*

P: *“No puedo soportarlo”*

T: *Desde tu punto de vista, ¿cuál fué la primera experiencia de sufrimiento donde tu honor fue destruido, sentiste mucho dolor y pensaste “no puedo soportarlo”? (Recuerdo fuente: experiencia origen de la fobia al sufrimiento frente al TN)*

P: *Cuando tenía 6 años y la profesora me ridiculizó delante de toda la clase*

Tomar conciencia del modo paradógico de funcionar de la tendencia de acción a cargo de la obsesión

Un objetivo relevante en relación con esta parte es hacer consciente tanto su intencionalidad como el efecto real que produce en la vida. Una vez que se ha realizado el trabajo de investigar la parte a través del trabajo previo, el objetivo es tomar conciencia del modo paradógico que tiene de funcionar. La intencionalidad que

subyace a la tendencia de acción obsesiva, es inconsciente por lo que se busca hacerla consciente.

Es el terapeuta el que mediante el trabajo del yo adulto con la parte a cargo de la tendencia de acción obsesiva realiza este trabajo, siempre en relación a un disparador específico. A través de preguntas respecto del tipo de acción mental y su función, se intenta hacer consciente la forma paradójica como funciona la parte.

Hay que distinguir, respecto de la obsesión, si la tendencia de acción se refleja en la forma de pensamiento, imagen o impulso. La tendencia de acción mental, sea un pensamiento, imagen o impulso obsesivo, es la respuesta específica enfocada a dar seguridad ante la naturaleza del peligro asociado al estímulo disparador, aunque también consigue mantener disociados de la conciencia ciertos contenidos dolorosos, como protección ante el sufrimiento del afecto doloroso que suscitan.

Por medio del trabajo entre el yo adulto y la parte a cargo de la obsesión, se analiza la obsesión en relación a la forma. ¿Es un pensamiento, imagen, impulso?

Si la obsesión es un pensamiento

El yo adulto pregunta a la parte a cargo de la obsesión:

¿Qué hace ese pensamiento: anticipa peligros potenciales, anticipa el fracaso, genera dudas constantes, mantiene la atención centrada en ciertas cosas o impide centrarse en algo?

¿Qué tiene de bueno anticipar peligros o el fracaso, ponerte en lo peor, generar dudas, tener ocupada la mente?

La contestación suele ir en la línea de “prepararme para hacerme más fuerte, evitar la ocasión del peligro, controlar lo que temo, no cometer errores”.

Por medio de las respuestas, se deduce la creencia base como “ponerme en lo peor me fortalece, anticipar la ocasión del peligro me permite controlarlo, las dudas me protegen de cometer errores, anticiparme al fallo me protege de fallar, tener ocupada mi mente evita ser consciente del dolor”. Una vez que se ha tomado conciencia de la creencia alimentadora de la tendencia de acción obsesiva, se refuerza con un set corto de EBL.

Después hay que hacer consciente cómo la intencionalidad positiva genera un efecto paradójico emocional. El objetivo es

mostrar a la parte la paradoja entre la intencionalidad que subyace y el resultado que obtiene, que también se refuerza con EBL. Para lo cual, se le pregunta a la parte:

¿Cómo esperas sentirte, haciendo eso?

Después de la respuesta de la parte, que suele estar centrada en sentir emociones de tranquilidad, seguridad, etc, se le pide hacer un experimento.

Trae la obsesión ahora a la mente y observa cómo te sientes en realidad cuando traes la obsesión a la conciencia.

La parte se hace consciente de la ansiedad o angustia que la obsesión produce. Se le pide a la parte obsesiva que tome conciencia de eso, lo que se refuerza con EBL.

Ejemplo con el caso nº1 de cómo realizar este trabajo con la parte a cargo de las obsesiones

T: (se dirige al yo adulto del paciente para que pregunte a la parte obsesiva lo referente a la forma que toman las obsesiones): *cuando hueles a gas o a algún producto químico, ¿qué tipo de forma mental tiene la obsesión, es un pensamiento, una imagen, un impulso, una percepción, una duda circular?*

P: *Es el pensamiento de que puede haber una explosión*

T: *¿Qué función tiene ese pensamiento?*

P: *Alertarme ante la ocasión de que pudiera haber un peligro*

T: *¿Qué tiene de bueno prever peligros potenciales?*

P: *Prever peligros potenciales me ayuda a tener controlado el peligro*

T: *Por medio de prever el peligro potencial, ¿cómo esperas sentirte?*

P: *Seguro, tranquilo*

T: *Ahora quiero que pienses en la obsesión y dime qué es lo que realmente sientes*

P: *Mucha angustia e inseguridad*

T: *Piensa en ello. EBL*

T: *¿De qué te estás dando cuenta?*

P: *De que la obsesión produce lo contrario de lo quiere conseguir. Alimenta la inseguridad para dar seguridad*

T: *¿Esta forma de proteger fomentando el miedo y la inseguridad, la aprendiste de alguien?*

P: *Sí, de mi madre que era muy miedosa y siempre nos advertía de los peligros*

Si la obsesión es un impulso

El yo adulto va haciendo preguntas a la parte a cargo de la obsesión, siguiendo un proceso similar al anterior, introduciendo EBL para facilitar la toma de conciencia. Se le pide que se imagine en la situación disparadora y notando el impulso a la acción.

¿Qué tiene de bueno generar ese impulso? (ej. evitar que ocurra..., no equivocarme)

Y ejecutando ese impulso, ¿cómo esperas sentirte?

Si el paciente responde que hacer ciertas cosas le hacen sentir una emoción positiva o alivio, entonces se pregunta:

¿Sabe esa parte el efecto que tienen en su vida esas conductas a medio y largo plazo?

Si no lo sabe, se pide al yo adulto que se lo muestre.

Quédate con eso. EBL

¿Y cómo cree esa parte que impulsa esas conductas que puede sentirse alguien que padece esas consecuencias?

Con la respuesta dada: *Quédate con eso.* EBL

¿Se da cuenta la parte del efecto emocional a medio o largo plazo que tienen esas conductas? *Quédate con eso.* EBL

Entonces, aunque ese impulso genera a corto plazo alivio, etc., a medio y largo plazo produce perturbación. Se le pide a la parte obsesiva que tome conciencia, lo que se refuerza con EBL

Ejemplo con el caso nº 4 que dice que no quiere

superar el impulso que tiene de evitar pisar

el pasillo hacia los dormitorios con los zapatos de la calle

Se le pide que se imagine en la situación disparadora y notando el impulso a la acción

T: *¿Qué tiene de bueno generar ese impulso?*

P: *Hacer algo para protegerme de los miedos.* EBL

T: *Y haciendo o evitando eso, ¿cómo esperas sentirte?*

P: *Tranquila y segura.* EBL

T: *Llevar cabo esa acción que impulsa, ¿de qué manera ayuda?*

P: *Me da seguridad.* EBL

T: *¿Qué consecuencias tiene hacer eso, a medio y largo plazo en tu vida?*

P: *Problemas familiares*

T: *Y esas consecuencias, ¿cómo te hacen sentir?*

P: *Angustiada y deprimida. EBL*

T: *¿Te estás dando cuenta de algo?*

P: *Sí, de que en realidad me voy a sentir mal, haga lo que haga. EBL*

Se le preguntó a la paciente si dándose cuenta de eso, quería seguir manteniendo el impulso. Contesto que sí. Y al seguir trabajando sobre eso con herramientas EMDR, lo que surgió como intencionalidad fue que el TOC tenía la función de mantener disociada una parte rechazada. El TOC en este caso tiene la función de mantener la fobia disociativa de la PAN frente a otra parte.

Si la obsesión es una imagen mental

El yo adulto pregunta a la parte a cargo de la obsesión:

¿Qué significa esa imagen, qué dice de ti como persona?

¿Qué significa esa imagen, con qué temor o perturbación te conecta?

¿Qué es lo peor de eso?

¿Qué tiene de bueno traer esa imagen a la mente?

Al hacerle esta pregunta, suelen contestar “no sé”. Se le dice que se quede con eso y se hace EBL. Después de una o varias tandas, aparece la intencionalidad inconsciente que subyace.

Después se sigue el proceso de forma similar a los casos anteriores, preguntando:

¿Y trayendo esa imagen, cómo esperas sentirte?

La respuesta suele ser “sentirme tranquilo, seguro, en paz” y se refuerza la toma de conciencia.

De igual forma, se propone el experimento de traer la obsesión a la mente, y se pregunta:

¿Cómo te sientes en realidad cuando te invade la obsesión?

¿Cómo es posible que puedas conseguir tranquilidad, seguridad, etc., a través de traer imágenes que generan lo contrario? Piensa en ello. EBL

Se le pide a la parte obsesiva que tome conciencia. *¿Qué tiene de bueno ahora? EBL*

Después de que la parte es consciente del paradójico efecto emocional que provoca, se desmonta la creencia alimentadora de la

tendencia de acción obsesiva mediante shocks cognitivos y EBL. Más adelante se muestran ejemplos de cómo integrar la terapia cognitiva con EBL.

Llegar a acuerdos con la parte a cargo de la intrusión obsesiva

Éste es el siguiente paso. Normalmente, cuando la parte toma conciencia de que produce el efecto contrario de lo que busca, suele estar en shock, o sentirse muy abatida y avergonzada. También suele preguntar qué puede hacer.

El yo adulto le transmite a la parte a cargo de la obsesión que ambas comparten el objetivo de conseguir tranquilidad, paz y un estado emocional libre de dolor. Se propone que funcionen ambas partes coordinadas. El yo adulto es la conexión entre el mundo externo y el interno, mientras que la parte obsesiva funciona en el mundo interno.

Con respecto a la tendencia de acción obsesiva mental (pensamiento, imagen) se le propone a la parte a cargo que podría traer a la conciencia en vez de obsesiones, los recursos, cualidades, sentimientos, habilidades, fortalezas o partes que el sistema tiene, según se necesite, para ayudar al yo adulto a afrontar interna y externamente el disparador que la activa.

Cuando la tendencia de acción obsesiva es un impulso, el acuerdo se orienta a proponer a la parte a cargo dirigir los impulsos hacia conductas que sean recursos eficaces a medio y largo plazo para afrontar los temores que la activan.

El otro aspecto del acuerdo es canalizar la carga traumática dolorosa que subyace hacia los sueños, que es un cauce natural para liberarla, y que se podrán recordar cuando el sistema esté preparado y sea necesario para acabar de procesarlos, en el espacio seguro de la consulta.

Es conveniente, preguntar si hay alguna parte que no está de acuerdo, siguiendo el modo de trabajo y las pautas de comunicación entre partes. Si es así, es necesario realizar intervenciones para abordar la resistencia.

¿Qué necesitaría esa parte para poder llevar a cabo el acuerdo? A veces esas partes necesitan perder el temor a los disparadores, a la situación de prevención de respuesta, a pensar ciertas cosas o a sentir ciertas emociones y sensaciones. ¿Hay algo de esto?

La respuesta nos indica un PP para reprocesar, siguiendo las indicaciones del Protocolo de Reprocesamiento de la TOB.

Muchas y de diferente tipo son las tendencias de acción involucradas en el cluster a cargo de la sintomatología obsesiva compulsiva. Por su especial relevancia en su contribución al trastorno hay que mencionar la consigna perfeccionista que surge a raíz de la TFD.

Desmontar las creencias inadaptativas y errores lógicos

Con la parte/tendencia de acción a cargo de la consigna perfeccionista, hay que abordar la imposibilidad de conseguir ese objetivo y desmontar las creencias en las que se fundamenta. Hay que introducir el concepto de que el éxito se define en términos de esfuerzo y en la inteligencia de asumir la respuesta más adaptativa, en función de una expectativa realista. Esta consigna perfeccionista pretende defender del sufrimiento, producido por un contenido generado por una amenaza de tipo exteroceptivo y de la amenaza interna con que está conectada.

Este es un concepto similar al planteado en terapia cognitiva con el término “flecha descendente” (Bados, 2009), que busca descubrir los significados, las consecuencias temidas y las creencias subyacentes que el paciente asigna a sus obsesiones.

La consigna defensiva perfeccionista que alimenta las obsesiones y compulsiones está basada en creencias alimentadoras y errores lógicos. Este esquema se puede conocer a través del trabajo previo con las partes o en la estrategia propuesta para la conceptualización.

Se muestra un ejemplo con el caso nº 6. La paciente que desde que se quedó embarazada tiene obsesiones sobre si lo que come podría hacerla enfermar de listeria o toxoplasmosis. Esta obsesión va asociada a compulsiones y conductas evitativas. Lavarse las manos con las que ha cogido y pelado fruta, tocado carne y queso y evitar comer carne, leche y especialmente queso, son las más frecuentes conductas de neutralización que realiza.

T: *¿Cuál es el contenido de la obsesión?*

P: *¿Y si cojo la listeria o la toxoplasmosis?*

T: *¿Qué es lo que temes si piensas que ocurre eso?*

P: *Que mi hija enferme gravemente de listeria o toxoplasmosis*

T: *¿Qué es lo peor si piensas o imaginas que ocurre eso?*

P: *Pensar que es mi culpa*

T: *Y eso, ¿qué diría de ti como persona?*

P: *“Soy mala persona”* (creencia nuclear)

T: *¿Por qué?*

P: *Por fracasar y hacer daño* (error lógico y creencia alimentadora)

T: *Entonces, ser buena persona, ¿qué significa para ti?*

P: *Anteponer siempre las necesidades y los deseos de los demás a los propios* (creencia alimentadora)

T: *En el caso de que no pudieras evitar que tu hija enfermera, ¿qué consecuencias temes de ello?*

P: *Que me rechacen por ser una egoísta. Hacer daño a alguien por un simple capricho*

Se puede ver cómo la consigna defensiva perfeccionista “tengo que conseguir anteponer siempre las necesidades y deseos de los demás a los míos”, protege tanto de la amenaza de rechazo como a la autoestima. Se sustenta en la creencia alimentadora de que “una buena persona antepones siempre las necesidades y los deseos de los demás a los propios”, y en el error lógico “soy mala por fracasar”.

La propuesta terapéutica basada en la aplicación de la terapia EMDR al TOC permite integrar diversas técnicas con EBL, entre las cuales se encuentran las de tipo cognitivo.

Integrar la EBL con intervenciones que abordan el componente cognitivo es muy efectivo. Este tipo de ideas y creencias defensivas se podrían considerar, siguiendo a algunos autores, que forman parte del cortex paralímbico.

Abordar este esquema requiere variedad de intervenciones como psicoeducación, metáforas, el uso de entretejidos, la terapia socrática, herramientas EMDR o la técnica de las dos manos, entre muchas otras. Se van a ir mostrando algunos ejemplos de implementación, comenzando por la técnica de las dos manos.

Ejemplo de la técnica de las dos manos aplicada al caso nº 6

Este fragmento refleja el trabajo con la consigna defensiva perfeccionista “tengo que conseguir anteponer siempre las necesidades y deseos de los demás a los míos”.

En la aplicación de la técnica de las dos manos se pide al paciente que ancle una sensación, pensamiento, elección, creencia o estado

del yo contradictorio en una mano y otro sentimiento, pensamiento, elección, creencia o estado del yo en la otra mano.

Esta técnica se adapta al trabajo con las creencias, de forma que en una mano se refleja la creencia inadaptativa, y en la otra, la creencia adaptativa.

Se muestra cómo trabajar la creencia “tengo que conseguir anteponer siempre las necesidades y deseos de los demás a los míos”, del caso nº 6.

T: *Ante la creencia “tengo que conseguir anteponer siempre las necesidades y deseos de los demás a los míos”, ¿consideras que es un objetivo posible?*

P: *Lo curioso es que realmente también pienso que no es posible conseguirlo siempre y que tampoco es bueno. Tú me explicaste esto con el caso de Jesucristo cuando expulsó a los fariseos del templo (la paciente es muy religiosa). Pero a pesar de todo, esa otra idea tiene mucha fuerza*

T: *Tenemos dos creencias antagónicas, una en la mano izquierda, que es la creencia adaptativa “tengo el derecho de dar prioridad a la satisfacción de mis necesidades y deseos”, y en la otra, en la mano derecha, “tengo que conseguir anteponer siempre las necesidades y deseos de los demás a los míos”. ¿Qué quiere decirle la mano derecha a la izquierda ahora?*

P: *Eres egoísta, por hacer daño a alguien, anteponiéndote tú. EBL*

T: *Y la otra mano, ¿qué responde?*

P: *Si se anteponen siempre los deseos de los demás a los propios, uno se está haciendo daño a sí mismo. EBL*

T: *¿Y qué contesta la otra mano?*

P: *Mi madre me decía que era una egoísta y que la estaba matando. Que tenía que hacer lo que ella me decía. EBL*

T: *¿Y la mano izquierda, ¿qué responde?*

P: *Mi madre era la que imponía sus propios deseos a los míos y además me juzgaba y criticaba para conseguirlo. EBL*

T: *¿Y qué contesta la mano derecha?*

P: *Ahora me doy cuenta de que ella era la egoísta. EBL*

T: *¿Y qué le contesta la otra mano?*

P: *Ella no es egoísta por tener necesidades y deseos que quiera satisfacer. El problema es que no respeta a los demás y manipula*

por medio de la crítica para imponerse. EBL

T: ¿Qué dice la mano derecha?

P: No tiene palabras. EBL

T: ¿Y qué responde la mano izquierda?

P: Noto el impulso a cubrir con la mano izquierda la mano derecha y a acariciarla. Le digo que las buenas personas cuidan de ellas y son fieles a sí mismas, aunque eso no siempre guste a otras personas. EBL

T: ¿Cómo responde la mano derecha?

P: Me doy cuenta que mi madre estaba equivocada, que tengo derecho a elegir mis deseos sin sentirme por ello egoísta y mala

Se muestran a continuación otros ejemplos con diversas intervenciones para abordar las creencias inadaptativas y errores lógicos alimentadores que subyacen a la creencia defensiva perfeccionista

Metáforas

Se pueden introducir metáforas con el objetivo de generar un nuevo punto de vista. No deben ser largas ni complejas. Lo mejor es que sean cortas y simples. Una vez el terapeuta la expone, se le dice al paciente que piense en ello, seguido de EBL.

Un ejemplo de metáfora dirigida a abordar el perfeccionismo obsesivo es el siguiente:

“Estaba paseando por un bosque y vi dos ciempiés que caminaban. No sé si alguna vez has visto un ciempiés, pero te das cuenta de porqué los llaman así después de haber visto uno. Parece realmente que tuviera cien pies.

Eran las últimas horas de la tarde y el sol estaba a punto de ponerse, los ciempiés querían llegar a una encina antes del anochecer. Daba la impresión de que caminaban sin grandes dificultades, hasta que uno de los dos se detuvo y pensó para sus adentros: “caramba, pero si tengo cien pies, ¿cómo hago para mover siempre el pie adecuado? ¿Y si me equivoco y tropiezo?”

El ciempiés hizo algo que no había hecho nunca, pensar qué se hace para caminar y se bloqueó. El otro ciempiés intentó ayudarlo explicándole cómo se hace para caminar, pero no había manera, de nada le sirvió. Las cosas fueron empeorando, y por si fuera poco, la noche caía veloz y empezaba a hacer frío.

Después de mil intentos frustrados, el ciempiés que estaba bloqueado se sentía tan exhausto que se apoyó sobre un costado para descansar un poco.

Tenía la cabeza llena de pensamientos, se sentía muy confundido y, en ese momento, vio muy cerca una hermosa flor. Tenía unos colores magníficos, pasaban del amarillo intenso a los matices más tenues y cálidos del violeta, era una maravilla. Junto a la flor había un níscolo inmenso, con un aroma intensísimo; la hierba verde lo rodeaba y parecía acariciarlo. Un poco más adelante, detrás de la seta, había unas zarzas con unas frambuesas tan rojas y maduras que parecían a punto de estallar. El ciempiés se distrajo con una elegante mariposa que se posó sobre la seta; sus alas tenían unos colores bellísimos.

Embriagado por la espléndida naturaleza que lo rodeaba, para ver mejor a la mariposa, el ciempiés se acercó a la seta, pero la mariposa salió volando y se posó en un arbusto de frambuesas. Como quería contemplarla mejor, se acercó al arbusto, pero la mariposa salió volando hacia la encina. La curiosidad del ciempiés era tan grande que aceleró la marcha para poder verla de cerca, pero la mariposa volvió a levantar el vuelo. Se disponía a seguirla otra vez cuando notó que, sin darse cuenta, había llegado a la encina”.

Otro ejemplo de metáfora en relación con la responsabilidad inapropiada, se muestra a continuación:

“Había un pueblo que estaba formado por gremios a cargo de distintas funciones. Unos se encargaban de buscar alimento, otros del ocio, otros del desarrollo, otros de las relaciones externas. En cada uno de ellos había un gestor que dirigía. Tú eres como aquel gestor que empezó a preocuparse más de lo que ocurría en otros gremios que tenían problemas que de su grupo, de forma que lo descuidaba para ayudar a los otros. Además, su ayuda a los otros gremios no tenía fruto y su propio grupo empezó a resentirse. Llegó un momento en que decidió acudir a un sabio que le dijo que su obligación era atender su propio grupo que estaba mal por su descuido y que su ayuda a los otros era muy limitada, porque eran los otros gestores los que decidían en último término. Entonces

comprendió que, si quería hacer bien, tenía que empezar por su verdadera responsabilidad que era su propio grupo”.

Entretejidos y diálogo socrático

Detrás de la creencia perfeccionista defensiva subyacen creencias inadaptativas y errores lógicos.

En el caso del paciente (caso nº 1) que era testigo del continuo maltrato de su padre hacia su madre, el recuerdo donde se originó la TFD fue cuando en una pelea muy fuerte, su padre amenazaba a su madre con separarse. Él intervino y su padre le dio una fuerte paliza con el cinturón, que le llevó a creer “no valgo por fracasar”, basado en un error lógico. La consigna defensiva perfeccionista que se generó entonces fue: “tengo que ser capaz siempre de proteger y hacer felices a los demás”.

Este esquema se compone de creencias inadaptativas, defensivas y errores lógicos como: a) “soy responsable de la felicidad ajena” (creencia inadaptativa); b) “tengo que ser capaz siempre de proteger y hacer felices a los demás” (consigna perfeccionista defensiva); c) “no valgo por fracasar en conseguir lo que me propongo” (error lógico). Es necesario por tanto abordar las creencias, necesidades y errores lógicos que se encuentran en la base del esquema defensivo, alimentadores de la obsesión.

Este paciente, cuando presenciaba el maltrato verbal de su padre hacia su madre, se atribuía la culpa de lo que ocurría, de manera que se responsabilizó de la felicidad de los demás. Se planteó que tenía que encontrar la forma de solucionar los problemas entre sus padres.

Por medio de psicoeducación se le explicó al paciente cómo cuando un niño sufre en una situación familiar va a atribuirse la responsabilidad de lo que ocurre, lo que le permite tener control. Con frecuencia se va a echar la culpa pensando que no vale, que es malo o que no es suficientemente bueno. Se le indicó después “piensa en ello” con EBL.

Acontinuación, se muestra cómo usar un entretejido intermedio para abordar la consigna perfeccionista defensiva.

T: *Parece que la situación de la pareja de tus padres ha sido y es muy difícil* (idea intermedia). MO

T: *¿Quién crees que habría sido capaz de cambiar rápidamente lo que estaba ocurriendo entre ellos? Piensa en ello.* MO

P: *No conozco a nadie*

T: *Piensa en ello.* MO

P: *En realidad lo intentaron otras personas, un sacerdote y mis tíos también*

T: *Piensa en ello.* MO

P: *Nadie puede conseguirlo si ellos no quieren*

T: *Piensa en ello.* MO

El error lógico “no valgo por fracasar al no ser capaz de proteger y hacer felices a los demás”, se trabajó por medio de la técnica socrática junto a EBL.

T: *¿Estás diciendo que una persona que vale consigue siempre que los demás no sufran?*

P: *Sí*

T: *¿Por qué eso es verdad?*

P: *Es lo que me han enseñado*

T: *¿Consideras bueno al Papa?*

P: *Sí, por supuesto*

T: *¿Ha conseguido evitar desgracias como el 11 S, que la gente enferme o se pase hambre en el mundo?*

P: *No*

T: *Piensa en ello.* MO

T: *Descansa. ¿Qué observas ahora?*

P: *Nadie puede controlarlo todo, sea como sea, porque no todo depende de uno*

T: *Entonces, ¿qué deduces de ello?*

P: *Las buenas personas no pueden conseguir siempre ayudar y hacer felices a los demás porque no depende sólo de ellos*

T: *Piensa en ello.* MO

T: *Descansa. ¿Qué observas ahora?*

P: *Que es imposible el objetivo que me había propuesto. Nadie puede.*

T: *Piensa en ello.* MO

Una vez hecha consciente la inutilidad de la consigna perfeccionista en el alivio del sufrimiento y desmontada la posibilidad de conseguir la meta, se puede introducir un entretejido

como “las personas valiosas cometen errores y aprenden de ellos”, con coconsciencia de todas las partes.

Con respecto a las creencias inadaptativas relativas a la responsabilidad, se puede distinguir la creencia basada en la sobrestimación de la cantidad de responsabilidad y la creencia acerca de las consecuencias de haber sido responsable de algo. El primer aspecto puede abordarse mediante la *técnica del gráfico circular* donde se pide al paciente que enumere todos los factores que contribuyen al suceso temido ayudándole a completarlo. Luego se dibuja un círculo y tiene que asignar una porción del círculo a cada factor proporcionalmente a la importancia de su contribución, dejando en último lugar la asignación de su contribución.

También puede ser útil simular un juicio en el que el paciente actúa como un abogado de la acusación y/o de la defensa, mientras el terapeuta hace de juez rechazando los argumentos no objetivos. Para cuestionar la sobreestimación de las consecuencias de haber sido responsable de algo puede emplearse la *técnica del doble criterio*. Se hacen preguntas al paciente, como entretajidos con el uso de EBL, acerca de si consideraría culpable a otra persona si el suceso le ocurriera a ella, porqué tiene ese doble criterio, que costes y beneficios tiene mantener el doble rasero.

Estas y otras intervenciones cognitivas se pueden introducir, combinándolas con EBL. Algunas de estas técnicas pueden ser consultadas en el trabajo de Bados (2009) sobre Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Reunión con todo el equipo de partes involucradas en la defensa frente al sufrimiento

Por último, hay que asegurarse de que las distintas partes defensivas son conscientes de que ahora forman parte de un adulto que tiene recursos para afrontar el dolor, y si todavía hay deseo de mantener disociados los contenidos dolorosos.

Hay que preguntar si están dispuestas a volver al pasado para superar el dolor sin resolver. Chequear si hay resistencias para el reprocesamiento de las experiencias más perturbadoras y las asociadas a las creencias nucleares que afectan a la autoestima.

Después, revisar los acuerdos de forma que se propone en el día a día: a) funcionar como un equipo con el yo adulto; b) alertar sólo ante el peligro real en el presente; c) el yo adulto afronta la situación con la ayuda de la parte que antes estaba a cargo de las obsesiones, que se encarga de traer a la conciencia los recursos que necesita y la energía para aplicarla a metas realistas en función de la situación, afrontando los sufrimientos cuando se presentan, aceptándolos o cambiando lo que se pueda; d) desviar el material perturbador a los sueños, que se irán recordando gradualmente a medida que el sistema esté preparado para procesarlos en terapia, en el espacio seguro de la consulta.

En terapia se propone: a) dejar al terapeuta que se encargue de la seguridad; b) que se permita la consciencia de lo perturbador (recuerdos, emociones, pensamientos, conciencia de errores, etc.) según se necesite, porque hay otra parte que puede verlo sabiamente y el yo adulto tiene recursos para aprender con ello; guiar en la terapia hacia el camino que permita acceder a los recuerdos junto con el material doloroso.

Capítulo 19 / Módulo para el afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo-compulsivo

Antecedentes

El proceso obsesivo-compulsivo, como se explicó anteriormente, es la manifestación de un bloqueo de información en ciertas partes del cerebro que se refleja en alteraciones de funcionamiento en lo que se ha denominado “el circuito de la preocupación” y sus correlatos neurofisiológicos.

Un sistema parcial de acciones mentales y conductuales se hacen independientes y se desarrollan incorporando nuevos elementos. Como resultado de este aislamiento, y de que poseen un cierto grado de autonomía mental, el cerebro superior no es capaz de controlarlas y regularlas. Una serie de fobias se desarrollan y contribuyen a mantener esta estructura disociativa, como son la fobia a los contenidos mentales y a las emociones que suscitan. El individuo oscilará entre la intrusión obsesiva y las estrategias enfocadas a evitarla o controlarla. Estas estrategias de respuesta, mentales y conductuales, son inadaptativas ya que contribuyen al mantenimiento y desarrollo del problema obsesivo-compulsivo.

Las estrategias de afrontamiento adaptativas que faciliten conectar la información bloqueada con otras áreas del cerebro resultan muy difíciles de implementar para el paciente obsesivo. Algunas de las razones son el temor al disparador considerado un peligro, el temor a la propia obsesión y el temor a no controlar el peligro ante ciertas amenazas si se deja de realizar la compulsión. En general, estos temores se alimentan de la poca tolerancia emocional ante ciertos afectos.

En las siguientes líneas se van a desarrollar aspectos que ayudan a que el paciente sea capaz de implementar estrategias adaptativas de afrontamiento ante los procesos obsesivo-compulsivos.

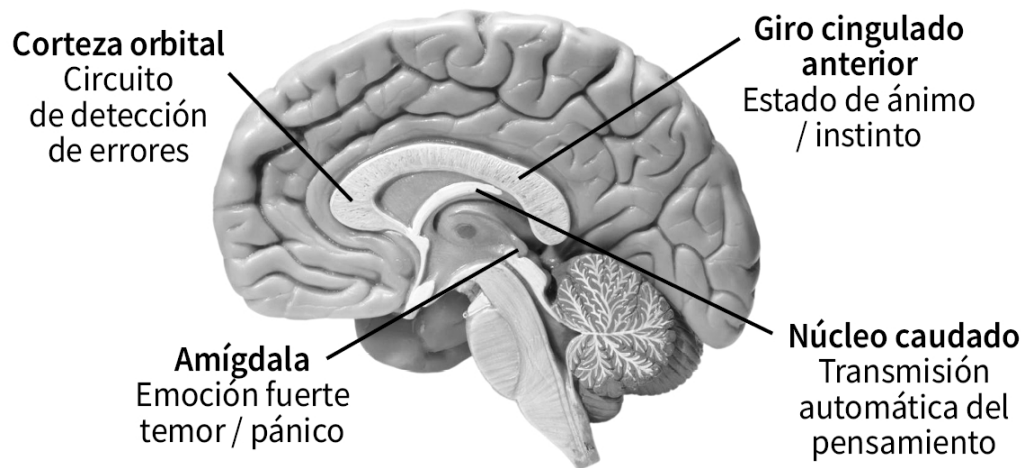
Psicoeducación

La psicoeducación acerca de lo que ocurre en el cerebro en un proceso obsesivo-compulsivo, la conexión con aspectos relacionados con la historia personal del paciente y el papel de implementar estrategias adaptativas frente a la obsesión que sustituyan a las basadas en la lucha y huida, son aspectos fundamentales en la terapia.

El circuito de la preocupación en el TOC

Con el objetivo de que el paciente entienda los correlatos neurofisiológicos del problema obsesivo-compulsivo, se recomienda que el terapeuta vea junto al paciente la parte de un vídeo, que dura 11 minutos, referente al TOC que se puede encontrar en youtube “La noche temática: cambia tu mente”. Muestra de forma muy gráfica cómo funciona en este problema el *circuito de la preocupación*, así como el efecto que produce la terapia en los circuitos cerebrales.

Figura 26. El circuito de la preocupación



En 1992, Lew Baxter denominó circuito de la preocupación la conexión entre el córtex orbital frontal (COF), el cingulado anterior y el ganglio basal, que también se llama circuito TOC.

El COF funciona como un detector de errores. La actividad debería reducirse cuando la realidad y las expectativas vuelven a estar en armonía. En pacientes TOC, el circuito de la preocupación parece estar estimulado de forma inadecuada. El individuo tiene la sensación de que algo está mal todo el tiempo. El horno está encendido, hay gérmenes en las manos, de forma que los pacientes

se sienten como si la alarma del coche estuviese sonando todo el tiempo.

En el TOC, el COF y el cíngulo anterior se quedan bloqueados en un patrón de activación repetitiva. Los pacientes TOC tienen un COF hiperactivo, reciben una sensación emocional intrusiva de que algo va mal, aun cuando la razón les dice que todo va bien. Esto es por lo que lo llaman la enfermedad de la duda.

El núcleo estriado es la estación central receptora del sistema ganglional basal. Contiene el núcleo caudado y el putamen. El núcleo estriado es como un tipo de transmisión automática. El putamen actúa como una marcha para la actividad motora y el núcleo caudado como una marcha para la emoción y el pensamiento. Todas las áreas del córtex envían proyecciones neurales al núcleo estriado, al igual que partes del tálamo y la médula espinal (estación central de cambios del cerebro). Hay dos caminos estriados.

Uno es indirecto que va del estriado a través del globo pálido al núcleo subtalámico, de vuelta al globo pálido y hacia el tálamo y el córtex y constituye un input inhibitorio, que calma el córtex.

El otro camino va del estriado a través del globo pálido, directamente al tálamo y el córtex y constituye un input activador, que activa el córtex. Si el equilibrio entre los caminos directo e indirecto del ganglio basal están dañados, puede causar un bloqueo del córtex orbital frontal en modo de error.

Por tanto, la hiperactividad en el córtex orbital frontal es el resultado de un problema de entrada en el estriado, especialmente en el núcleo caudado. El camino directo se queda atascado en la posición de encendido.

Esta explicación se puede ver claramente a través de las imágenes del vídeo. La utilidad del mismo queda reflejada en este testimonio de una paciente que estaba tratando y que se expresaba de la siguiente forma: “hablaban en el vídeo de la neuroplasticidad cerebral y de cómo tratar los trastornos obsesivos con una base similar al tratamiento que estoy haciendo contigo.

Para mi fue muy revelador, pues es muy pedagógico, ya que se ve en imágenes el funcionamiento del cerebro en el TOC. Me

identifiqué absolutamente con lo que estaba planteando el documental, me vi reflejada y me ha ayudado mucho.

De pronto, me pude dar cuenta de cómo a nivel fisiológico actuaba mi cerebro cuando me entraban las obsesiones e inmediatamente después hago compulsiones. De cómo cuando estoy dentro de la obsesión y se apodera de mí, no puedo ni soy capaz de realizar las técnicas del aquí y ahora, porque simplemente mi cerebro se enajena en la obsesión y no puedo salir de ella. No soy capaz de hacer el “click” para darme cuenta de lo que está pasando y poner en marcha esas técnicas psicológicas....

Gracias a la terapia y a este vídeo he descubierto cuán importante es parar esa obsesión. Decir y aceptar: mi cerebro no funciona bien en este momento, se ha quedado atascado en el cambio de marchas, debo salir fuera de él y observar desde arriba cómo van pasando mis pensamientos.

Al tiempo, los pensamientos obsesivos dejan de preocuparme e importarme tantísimo (porque son tan importantes como si fuera cuestión de vida o muerte en ese momento). El cerebro por sí solo empieza a regularizarse y manejar esas sensaciones y emociones distorsivas. Las compulsiones e impulsos asociados bajan de intensidad y consigo manejarlos mejor. ¡¡¡¡¡ No entro al trapo con las obsesiones, y me centro en el aquí y el ahora...y funciona!!!!!! Me siento capaz de manejar mis sensaciones negativas, mi angustia, y ya no me asusta tanto quedarme a solas con mi cerebro”.

El PAI, la TOB y el papel de las respuestas no adaptativas de afrontamiento del TOC

La obsesión es un síntoma secundario de defensa frente a información disociada sin procesar, que, a su vez, debido a la intensidad de los afectos negativos dolorosos, secuestran el procesamiento, dando lugar a una nueva traumatización, la TOB, de forma que el disparador, la propia obsesión, las emociones y sensaciones y las estrategias de huida y lucha empleadas que conforman el proceso obsesivo, forman parte de una red con información bloqueada.

La intrusión obsesiva es un estímulo ansiógeno en sí mismo que activa por un lado la respuesta condicionada de huida de la ansiedad, y por otro, el intento de evitar la representación obsesiva

en la atención consciente o el uso de la racionalización o los rituales cognitivos, así como conductas evitativas y compulsiones.

Estas respuestas están basadas en las fobias hacia contenidos concretos, emociones y percepciones específicas, a la actividad mental (tratar de no pensar o sentir en absoluto) y al mundo interno, como se ha ido mostrando en capítulos anteriores. Tienen además la consecuencia de reforzar las redes neurales implicadas en el circuito bloqueado.

Fomentar la alianza terapéutica es algo que, aunque se sabe importante en cualquier terapia, en este tipo de patología adquiere una relevancia trascendental. La fe del paciente en que puede superar las temidas obsesiones, en un principio se basa en la propia confianza que tiene en el terapeuta, que es capaz de transmitírsela al paciente, a través de la relación terapéutica.

Para desarrollar actitudes básicas en el paciente, es conveniente explicarle que para liberarse del problema necesita experimentar con opciones diferentes a las que utiliza hasta el momento para afrontar las obsesiones. Estas opciones no le vienen funcionando, por lo que, parafraseando a Einstein, “es una locura intentar cambiar algo utilizando los mismos métodos que no funcionan”.

Por medio de psicoeducación se debe incidir en los conceptos más abajo indicados, exponiéndolos con claridad y adecuados al nivel de funcionamiento mental de cada paciente obsesivo. Un ejemplo de cómo realizarlo se muestra en los siguientes párrafos:

“Intrusismo es la palabra que define a una obsesión. Muchas veces nuestra mente queda inundada de contenidos involuntarios. Se trata de invasiones en nuestra conciencia en forma de pensamientos, imágenes o impulsos que no podemos apartar de nosotros. Esta forma de intrusión define los trastornos obsesivo-compulsivos.

El intento de huir de los citados contenidos mentales y las estrategias para el manejo de la ansiedad, se encuentran en la base de una ineficaz estrategia defensiva.

Una vez que una obsesión irrumpe en la conciencia y la toma por asalto, sea cual sea la modalidad en que se presente, idea, imagen o impulso, siempre se van a utilizar las mismas estrategias, encaminadas a librarse tanto de la obsesión como a la evitación de la ansiedad que genera. Estas respuestas, mentales y conductuales,

son una trampa que mantiene activo el problema, una vez que ya se ha puesto en marcha el proceso obsesivo.

La conducta cuyo fin es reducir la ansiedad, a corto plazo, que genera la obsesión, se denomina “conducta de neutralización”. No implica necesariamente una conducta repetitiva y puede consistir también en inhibir o evitar conductas. La “conducta de neutralización” tiene un papel fundamental en la alimentación del proceso obsesivo, ya que impide descorfirmar los temores a través de la experiencia, alimenta la duda subyacente y por último, refuerza el valor del pensamiento.

La “conducta de neutralización” es uno de los soportes que mantiene el proceso obsesivo activo, por lo que un objetivo prioritario es conseguir su eliminación. De cara al proceso obsesivo, es como el oxígeno que alimenta el fuego.

A pesar de la sensación de que todo el proceso mental es incontrolable, hemos de distinguir dos partes. Una parte es la obsesión, incontrolable por medio de la voluntad. Y la otra consiste en la respuesta que a nivel de pensamiento se produce con el fin de defenderse de la obsesión y sus efectos. Las conductas cognitivas que intentan defenderse de la intrusión obsesiva constituyen “estrategias de neutralización”, y básicamente van a consistir en tres tipos. La primera estrategia va encaminada a liberar la atención del contenido obsesivo, bien intentando distraerse, pensar en otra cosa, hacer relajación, etc. Todas ellas encaminadas al más rotundo fracaso debido a la propia naturaleza de las obsesiones, donde la atención no se controla a voluntad. Todos podemos hacer una prueba que nos indica la dificultad de alejar de la atención un contenido cuando lo rechazamos con una marcada intensidad.

En realidad, la obsesión comporta la existencia de un tipo especial de fobia al pensamiento a través de un proceso de condicionamiento. La obsesión funciona como un estímulo fóbico. Pero es un tipo de fobia ante la cual los mecanismos de huida no funcionan, no se puede huir de la obsesión, debido al mecanismo mental expuesto anteriormente. Sin embargo, al estar distraído con la atención acaparada por algo, es más difícil que aparezca la obsesión. El obsesivo reacciona ante el pensamiento, una simple posibilidad, como si de la realidad se tratara. No distingue entre

posibilidad y probabilidad. Un objetivo de la terapia es perder el temor irracional al pensamiento. Este temor se sustenta, entre otros aspectos, en la sobrevaloración del poder del pensamiento, que se relaciona con la hipertrofia de lo racional en el obsesivo.

De lo anterior se deriva otra estrategia empleada por el obsesivo. El uso de la lógica, del razonamiento, para combatir el contenido obsesivo. Se establece un pulso entre la obsesión y el pensamiento lógico.

La personalidad obsesiva intenta controlar la vida a través del uso de los mecanismos racionales. La argumentación lógica produce una mayor activación de la intensidad emocional de la obsesión a lo largo de un período de tiempo, aunque su finalidad es la contraria.

Por ultimo, como tercera estrategia básica, en algunos casos se observa la utilización de rituales cognitivos, donde se utilizan frases estereotipadas, contar, palabras, rezar, etc.”

Técnicas para el afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo compulsivo

Dentro del objetivo de implementar estrategias de afrontamiento adaptativas para el proceso obsesivo, se le van a mostrar al paciente otras opciones. La clave del afrontamiento adaptativo se resume en aceptar la obsesión y luchar para no ceder ante la conducta de neutralización.

La implementación de estas respuestas, tanto de conducta como mentales, se basa en el modelo cognitivo-conductual del TOC. En los últimos veinte años, la terapia de conducta ha resultado efectiva en el tratamiento de casos con TOC, por medio de la exposición y prevención de respuesta. Mediante la técnica de “prevención de respuesta” el paciente evita llevar a cabo los habituales impulsos compulsivos y los reemplaza por nuevos comportamientos más constructivos. Sin embargo, el programa de prevención de respuesta presenta dificultades para muchos pacientes, que abordaremos más adelante detalladamente.

En realidad, desde el modelo de procesamiento de información PAI, el paciente, al llevar a cabo otras conductas en respuesta a la obsesión, está activando otras redes neuronales, facilitando la posibilidad de conectar la red bloqueada con otra información más

adaptativa. El afrontamiento adaptativo enfocado a la extinción del proceso obsesivo tiene que ir hacia un cambio de las respuestas, mentales y conductuales, cuando aparece la obsesión, que se resumen en aceptar la obsesión y luchar para no ceder ante la conducta de neutralización. El paciente, cuando se siente invadido por la obsesión, empieza un proceso de huida/lucha ante la obsesión y cede en la conducta de neutralización, que hay que conseguir revertir.

La prevención de respuesta (PR)

Las ideas obsesivas, generadoras de un elevado nivel de angustia, suelen ir acompañadas de compulsiones, conductas repetitivas y aparentemente finalistas que se efectúan en algunos casos siguiendo determinadas reglas de una forma estereotipada. La compulsión, junto con otras motivaciones, busca reducir la ansiedad. Sin embargo, muchas veces la actividad no está conectada de forma realista con lo que pretende impedir, o, simplemente es excesiva. Por lo general, la persona reconoce la falta de sentido de la conducta compulsiva y no obtiene placer en llevar a cabo la actividad, aunque le produce alivio de la tensión.

La PR implica que los pacientes tienen que dejar de hacer las conductas de neutralización como compulsiones, conductas de seguridad y evitación. Consiste en un programa de intervención terapéutica que desarrolló Víctor Mayer en Londres a principios de los años 60.

La técnica, desde una línea conductual, pretende eliminar los rituales obsesivos y con ello extinguir las obsesiones. Luchar, combatir las obsesiones es eliminar las compulsiones. Mientras haya compulsiones, la persona va a sufrir obsesiones. Es similar a un fuego que se alimenta por medio del combustible y de oxígeno. Las compulsiones son el combustible y el oxígeno de los procesos obsesivos. Se supone que las obsesiones son las que desencadenan las compulsiones con el fin de disminuir la ansiedad. Por lo que la prevención de respuesta parte del supuesto de que el proceso se invierte si se consiguen eliminar las compulsiones. Lo cierto es que cuando el paciente aprende a no hacer compulsiones, las obsesiones van remitiendo y se extinguen. La PR figura como terapia eficaz para el trastorno obsesivo-compulsivo y su éxito ha

sido demostrado por reiteradas investigaciones (Vallejo, 2001), aunque también es cierto que no es aplicable a todos los pacientes.

La técnica consiste en que el paciente no realice el ritual habitual cada vez que le viene el pensamiento obsesivo o cada vez que se encuentra ante un estímulo que le lleva a efectuarlo. Por lo que tendrá que soportar la ansiedad hasta que descienda.

Los objetivos de este programa de PR son disminuir la frecuencia y la duración de las obsesiones, de las compulsiones, eliminar las obsesiones y compulsiones, e incorporar a la persona a su medio con normalidad.

Desde el principio del tratamiento se pretende que las conductas compulsivas se reduzcan en duración y frecuencia, mientras al mismo tiempo se le pide al paciente que realice algunas actividades de la vida cotidiana que le gustaría conseguir hacer.

Es fundamental que el paciente se exponga al estímulo temido sin escapar ni realizar ninguna compulsión, hasta que desaparezca la ansiedad. Es necesario que el terapeuta le apoye utilizando refuerzo.

La PR requiere un gran esfuerzo por parte del paciente porque supone afrontar situaciones que le producen mucha ansiedad y confiar en el terapeuta. La situación es semejante a quien está en lo alto de un edificio en llamas. Y los bomberos le dicen que siga sus instrucciones. La persona sabe que no puede quedarse donde está, pero le aterroriza lo que le dicen porque piensa que eso también es peligroso. Las dos opciones son atemorizantes. Al paciente obsesivo-compulsivo hay que recalcarle que hacer las compulsiones sólo sirve para alimentar el sufrimiento, mientras que, si hace la prevención de respuesta, experimentará un sufrimiento cuyo sentido radica en la superación del problema. Un aspecto fundamental para conseguir que el paciente controle compulsiones descansa en la relación terapéutica. El terapeuta tiene que saber motivar al paciente, transmitirle confianza en que puede conseguirlo y generar una expectativa de control. También se le explica los tiempos de habituación, gráfico de la ansiedad, etc.

Para usar este método una persona que tiene TOC tiene que ser capaz de tolerar los niveles altos de ansiedad que esto puede generar. Es útil focalizar el esfuerzo en algunas compulsiones, para

luego ir ampliándolo. La evitación de respuesta o control de las compulsiones físicas es preferible que se dé completa, aunque en algunos casos puede hacerse gradual.

La PR es un programa que oscila entre 20 y 30 sesiones, aunque hay algunos autores que consideran unas 12 sesiones sólo. Éstas son cifras indicativas ya que puede haber diferencias importantes, en función de cada paciente. Generalmente, en esta terapia se empieza con dos sesiones semanales para ir luego espaciándolas a una sesión semanal. Después de terminado el tratamiento se hacen sesiones de refuerzo quincenales y posteriormente mensuales.

Tabla 15. Registro funcional 1 del proceso obsesivo compulsivo

PACIENTE: REGISTRO FUNCIONAL DEL PROCESO OBSESIVO COMPULSIVO								
DÍA HORA	SITUACIÓN	OBSESIÓN		EMOCIÓN	SENSACIÓN	CONDUCTA NEUTRALIZACIÓN		FRECUENCIA DURACIÓN Nº VECES
		*1 Tipo	*2 Conten	*3 Tipo *4 SUD	Tipo Lugar	*5 Interna	*6 Externa	

*1: Apuntar si es un pensamiento, imagen o impulso

*2: Reflejar el contenido de la obsesión

*3: Poner nombre a la emoción

*4: Puntuar entre 0 y 10 el grado de perturbación, siendo 0 nada y 10 el máximo de perturbación

*5: Acción interna que anule el posible efecto del pensamiento obsesivo (evitación de la obsesión, racionalización, ritual cognitivo: repetir acción mental)

*6: Acción externa que anule el posible efecto del pensamiento obsesivo (compulsión: repetir una acción, conductas de seguridad, evitación)

El terapeuta y el paciente pueden confeccionar un cuadro con las dificultades concretas y los recursos/estrategias que ha aprendido a lo largo de la terapia para poder abordarlas. Se le indica como siguiente objetivo disminuir la frecuencia o duración de las

compulsiones y llevar un registro similar al anterior donde se incluye una columna de dificultades y otra de estrategias donde debe apuntar qué ha hecho para conseguirlo.

Tabla 16. Dificultades implementar la técnica de Prevención de Respuesta

DIFICULTADES	
Falta de conciencia	El miedo a fracasar
Falta de tolerancia a emociones: ansiedad, miedo, culpa, tristeza, etc	La falta de tolerancia frente a la incertidumbre
Carencia de una habilidad	La necesidad de controlar
Hábitos no adaptativos	El miedo a las consecuencias del temor obsesivo
Miedo al pensamiento obsesivo	El miedo a pensar, percibirse, de forma negativa
Sentir real el pensamiento obsesivo	“Algo en mí” que no quiere cambiar
a) Creer que el pensamiento es la acción (si siento que voy a hacer daño a alguien, lo haré)	El alivio al realizar la neutralización
b) Creer que el pensamiento hace que suceda algo, que ya está sucediendo o que va a suceder	La emoción positiva (seguridad, tranquilidad, fuerza, etc) al realizar la neutralización
c) Creer que los pensamientos, memorias, sentimientos se pueden transmitir a través de objetos	La desmotivación por la recaída
La responsabilidad de evitar hechos negativos	Otras causas

El siguiente diálogo es un ejemplo de cómo el terapeuta le explica el paciente en qué consiste este registro, cómo hacerlo y por qué hacerlo:

“Hemos visto las conductas que sueles hacer cuando tienes las obsesiones. Unas pertenecen al grupo de la duración, tardando mucho en hacerlas. Otras son del grupo de la frecuencia que repites muchas veces. Hemos visto cuánto has tardado en cada una del primer grupo y cuántas veces repites las del segundo. También hemos visto los tiempos mínimos en las frecuencias más pequeñas.

Ahora se trata de que esta semana rellenes el mismo registro, pero añadas una columna a la que se le va a dar el nombre de recurso/estrategia. Te voy a pedir que intentes reducir el tiempo y la frecuencia de las compulsiones de los dos grupos. Tienes que conseguir que alguna vez hagas una conducta en menos tiempo del mínimo que has empleado en hacerla la semana anterior y hagas lo mismo con la frecuencia”.

Tabla 17. Registro funcional 2 del proceso obsesivo-compulsivo

PACIENTE:					REGISTRO FUNCIONAL DEL PROCESO OBSESIVO COMPULSIVO Nº 2			
DÍA HORA	SITUACIÓN	OBSESIÓN	EMOCIÓN	SENSACIÓN	*1 ESTRATEGIA		*2 DIFICULTAD	FRECUENCIA DURACIÓN Nº VECES
					*4 Interna	*5 Externa		

*Apuntar las estrategias de afrontamiento adaptativas frente a la obsesión/compulsión

* Apuntar las dificultades para la implementación. Consultar cuadro de dificultades para implementar estrategias

En siguientes semanas se revisan las tareas y se implementan nuevos recursos/estrategias que puedan ayudar en las dificultades para la disminución o eliminación de compulsiones.

Se muestra a continuación cómo plantear en sesión la exposición con prevención de respuesta a una paciente:

T: *Vamos a elegir un objetivo para hacer la prevención de respuesta*

P: *Podría ser tocar la mesa*

T: *Se trata de que te comportes con normalidad y en el caso de que lo necesites, utilices una estrategia, la que se te ocurra, para no tener que llevar a cabo la conducta compulsiva*

La paciente toca la mesa.

T: *¿Cómo lo has conseguido?*

P: *Me he dicho que la ansiedad es baja y la puedo soportar. Pero la realidad es que no dejo de pensar que la he tocado y que puedo estar contaminada*

T: *¿Qué habrías hecho en otra ocasión?*

P: *Me habría separado y sacado una toallita del bolso para limpiarme enseguida*

T: *¿Y ahora qué vas hacer?*

P: *Mientras estoy hablando, me voy tranquilizando. Creo que no voy a darle más vueltas y aceptar la duda, conforme tú me has indicado*

T: *Quiero que te des cuenta que has utilizado dos estrategias. Primero te has dicho que la ansiedad es baja y soportable, y luego has dejado de alimentar la duda dándole vueltas y te has centrado en otra cosa, como es el estar hablando conmigo. Como ves, hay estrategias que te permiten reducir la ansiedad sin necesidad de hacer ninguna compulsión y de esta forma estás haciendo que las obsesiones vayan perdiendo fuerza y cada vez tengas menos*

Para terminar, se solicita a la paciente que realice tareas de exposición fuera de la consulta y el correspondiente registro.

En lo sucesivo, la prevención de respuesta (PR) seguirá la estructura establecida donde se comienza por la revisión de las tareas, se sigue con la implementación, en caso necesario, de nuevos recursos y estrategias, se realiza exposición en vivo con los elementos de la jerarquía y se planifican las actividades, las tareas de exposición a realizar fuera de la consulta y el correspondiente registro.

Cuando existe un enlentecimiento obsesivo, el plan de tratamiento se centra en acelerar las actividades del paciente, que tiene un tiempo límite para realizar las tareas.

Hay que realizar un planteamiento concreto de las metas para el control de las compulsiones físicas. Este plan tiene que establecerlo el terapeuta atendiendo a diversos criterios de cada caso particular, número de compulsiones, capacidad de esfuerzo del paciente, importancia de cada compulsión dentro del proceso, etc. En general, es conveniente elegir algunas compulsiones y centrar el esfuerzo en su control a lo largo de un periodo de pocos días.

En otros casos, puede iniciarse planteando cortos períodos de tiempo donde se puedan controlar. En estos casos puede ser útil seguir la regla de los quince minutos, llevando a cabo otra conducta, algo placentero y constructivo. Después de que el período fijado haya transcurrido, se revalora cómo está la compulsión en ese momento. Incluso la más pequeña disminución puede servir de motivación para esperar más. Cuanto más se aguante más disminuirán los impulsos (en cantidad e intensidad). Luego se puede aumentar el tiempo en veinte minutos, treinta minutos o más.

La exposición a la obsesión

La exposición constituye el elemento esencial para reducir la ansiedad en la terapia cognitivo-conductual. La combinación de exposición y prevención de respuesta es más efectiva y duradera que cualquiera de ambos componentes por sí solo.

La motivación es un elemento clave para predecir la evolución a corto y largo plazo. Se ha observado que la cooperación durante la primera semana del tratamiento es un factor importante para predecir el éxito 8 meses más tarde. El alcohol, los betabloqueantes, las benzodiazepinas y otros fármacos ansiolíticos interfieren en la exposición. Las dosis deben reducirse hasta dar un máximo de 5 mg de diazepam, o 2 unidades de alcohol, antes de continuar el tratamiento.

La gravedad y la duración de los síntomas no afectan la respuesta frente al tratamiento. En caso de producirse una depresión, hay que resolverla antes que pueda producirse la habituación durante la exposición.

La exposición debe llevarse a cabo adecuadamente. Es esencial que el paciente lleve una agenda diaria de las tareas de autoexposición que realiza en su casa. Un paciente vivía absolutamente obsesionado con la duda de que su mujer, veintitantos años más joven que él, le podía ser infiel. Sentía unos celos tan absorbentes, que prefería mil veces tener la certeza de que le engañaba que vivir con el sentimiento y el pensamiento de duda constante en la mente. Ésta no es una situación extraña para muchos obsesivos. Saben racionalmente de la futilidad de sus pensamientos, pero prefieren que se hagan realidad con tal de eliminar la angustia que les producen.

Sin embargo, no es necesario llegar a esos extremos, se puede vencer el miedo al pensamiento obsesivo, por medio de habituarnos a él. En esto se fundamenta la técnica de la exposición.

Ello requiere un cambio de actitud donde se acepta el sufrimiento a corto plazo, de forma que se cambie el talante de rechazo de la obsesión hacia otra de acercamiento que se plasma en un ir hacia el pensamiento temido, buscándolo conscientemente y de forma reiterada.

Esta técnica de autoexposición se basa en que el contacto prolongado con el pensamiento que provoca temor en forma de duda produce habituación, haciendo desaparecer el temor en la mayor parte de los casos.

La autoexposición, en realidad de una forma intuitiva, la usó Tolstoi, como se desprende de la biografía que hizo Stefan Zweig sobre él, para tratarse la idea obsesiva de la muerte. Según cita Zweig:

“cada vez que el pensamiento de la caducidad se apodera de Tolstoi, la sangre se le para en las venas. Su primer encuentro con este pensamiento fue cuando era niño: su madre había muerto y se le llevó ante el cadáver. En el ataúd había una cosa fría y rígida que ayer estaba llena de vida. Durante 80 años no puede olvidar esa visión que en su día le pareció inexplicable”

Según palabras del propio Tolstoi: “trato de echarme a dormir, pero, apenas en la cama, el terror me hace levantar. Es una angustia como la que precede al vómito, parece que mi ser se va a romper a trozos, sin llegar nunca a romperse, sin embargo, trato de dormir otra vez, pero el terror está conmigo, junto a mí, rojo, blanco..., algo que se quiere romper dentro de mí y sin embargo, no pasa de ser una sensación”

Sigue comentando Zweig “tan exuberante es la vitalidad de Tolstoi como poderosa es su angustia ante la idea de la muerte. No quiere dejarse dominar por ese pensamiento, no, no lo quiere, se resiste y extiende sus brazos para defenderse con gesto atormentado. Y cuanto más quiere librarse del atenazamiento de esa idea, tanto más sujeto queda en ella.

Entonces se pregunta Tolstoi si es posible seguir viviendo con aquella fatalidad (con aquella obsesión, en realidad), ya que no es

posible vivir luchando contra ella.

Gracias a esta concesión, comienza una segunda y terrible fase, ya no se deja llevar por la locura de querer vencerla con sofismas o arrojarla, gracias a su voluntad, del círculo de sus pensamientos, sino que trata de acogerla y ordenarla dentro de su ser, unirla, amalgamarla, como si dijéramos, dentro del sentimiento vital, endurecerse frente a lo inevitable e irse acostumbrando a ella.

Para lo cual, forzadamente, incesantemente, piensa en la muerte con toda la fuerza de su alma. A fin de cada mes y durante años enteros, escribe la frase “me aproximo a la muerte”. Así se acostumbra a mirarla cara a cara. El hábito vence a la extrañeza, destruye el terror y así la resistencia a la idea de la muerte se convierte en algo que se acoge en el interior y hace del enemigo una especie de amigo”.

Cuando a la persona que padece una obsesión se le incita a distraerse o se le dice no pienses en ella, jamás la superará. Nunca vencerá la obsesión mientras se intente alejarla de la consciencia. Hay que habituarse a ella. Y la habituación se consigue estando en contacto.

Con esta técnica puede tratarse con éxito un porcentaje muy alto de personas afectadas de TOC. La exposición constituye el elemento esencial para reducir la ansiedad. Hay que recordar que la frase tiene que ir como una expresión potencial, empezando con un “no sé si...”, “puede que...”, “es posible que...”

La exposición debe llevarse a cabo adecuadamente. Es esencial tener en cuenta dos aspectos: llevar una agenda diaria de las tareas de autoexposición que se realizan y recordar que la autoexposición no es efectiva si el sujeto racionaliza, intenta escapar de la situación o efectúa rituales derivados de la obsesión.

Es ya conocido que un ritual es un conjunto de comportamientos que suelen realizar los obsesivos de forma secuencial, como si se tratara de una ceremonia que, si se detiene en una de sus partes, hay que volver a empezar desde el principio. Por ejemplo: “antes de acostarme me lavo los dientes, orino, me sueno la nariz, bebo un poco de agua, entro en la cama por la parte derecha y con la pierna izquierda, leo, aunque sea una sola línea, pongo la radio y apago la luz”.

La exposición no debe ir seguida de ritual alguno, al menos durante una hora. Si accidentalmente se lleva a cabo algún ritual poco después de la exposición, debe repetirse ésta inmediatamente.

La exposición puede ser gradual, se recomienda un período entre tres cuartos de hora y hora y media, repetida diariamente y practicada en la vida cotidiana. Se ha de planificar para efectuarla en determinados momentos del día. Debe durar hasta que desaparezca la inquietud. La atención debe centrarse en la obsesión.

Se puede elaborar una jerarquía para efectuar la exposición de manera gradual. Se escogerán las situaciones u objetos situados al final de la lista de obsesiones, aquéllas que resulten más llevaderas, para facilitar una exposición regular, prolongada y repetida.

La cantidad total de tiempo de la exposición es la variable más crucial que afecta a los resultados. Las sesiones concentradas de exposición son más beneficiosas que la práctica espaciada. Se recomienda entre 30 y 60 sesiones de exposición ya que es lo que el cerebro necesita para procesar una información y convertirla en familiar, con una duración no superior a la hora y media, ya que por encima de este tiempo no se aprecia una mejoría mayor.

Existen diferentes modalidades de plantear la exposición, que pueden consultarse en Bados (2009). Entre ellas se encuentra la exposición por escrito. Aunque la técnica puede realizarse mentalmente, manteniendo voluntariamente en el campo de la atención los contenidos obsesivos utilizando el potencial: “es posible que...”, “no sé si...” también a veces es muy recomendable y efectivo realizar la autoexposición por escrito y luego leer lo escrito. También se puede grabar para escucharlo posteriormente.

Se muestra cómo llevar a cabo la autoexposición en el caso de un paciente que sufría de la idea obsesiva de que podían amonestarle en el trabajo. Él sabía racionalmente que no había base lógica para estar preocupado, pero esto no cambiaba su nivel de temor ante esa posibilidad, por remota que fuera. La inseguridad y la ansiedad que esto le generaba, afectaba de forma importante a su rendimiento, que cada vez era más deficiente, reforzando de ese modo el miedo a ser regañado.

Se le preguntó qué hacía tanto conductual como mentalmente frente a esa amenaza potencial y él contestó:

P: *Unas veces empiezo a decirme que no me van a regañar, que nunca lo han hecho y que además cumplo razonablemente bien con mi trabajo; otras veces, sin embargo, empiezo a revisar todo lo que he hecho intentando ver si he cometido errores o pienso lo que puedo hacer para que todo esté bien. Mi cabeza es un torbellino, que se mueve entre pensar que me pueden amonestar y razonar y razonar y razonar para convencerme de que no va a ser así*

T: *¿Y qué sucede cuando haces eso, cuando razonas, consigues tranquilizarte?*

P: *En absoluto, cada vez me pongo más nervioso y bloqueado. Muchas veces tengo que tomar un ansiolítico porque llego a unos niveles terribles de ansiedad*

El paciente intentaba protegerse de su miedo, angustia y ansiedad a través de razonar, de asegurarse. Y aquí se produce una paradoja importante: cuanto más razonaba, más fuerza e intensidad cobraba la sombra de la temida amenaza, creándose un círculo vicioso que aumentaba la angustia general y mantenía ese miedo.

Entonces se le comentó si estaría dispuesto a probar una técnica que le iba a ayudar pero que tenía que soportar durante unos minutos la ansiedad. Contestó que estaba dispuesto a lo que fuera para salir de ese calvario.

T: *Toma esta hoja de papel y escribe una frase que refleje ese temor en forma de duda, como “es posible que mi jefe mañana me recrimine en la reunión que tendremos”*

Una vez que escribió la frase en la hoja, se le preguntó el nivel de ansiedad que tenía en una escala de 0 a 10. Dijo que 9.

T: *Ahora vas a seguir escribiendo esa misma frase a lo largo de toda la hoja, dándote cuenta de lo que escribes y sintiendo la ansiedad e inseguridad que te produce*

Al cabo de 5 minutos de escribir, se le preguntó de nuevo el nivel de ansiedad. ¡Había bajado a 7! Se le dijo que leyera repetidamente lo que había escrito, con conciencia de lo que leía y de sus emociones.

Un cuarto de hora después, su ansiedad estaba en 0 y no podía creer lo que había pasado. Se le explicó que por eso lo habíamos

hecho. Es difícil de creer que, estando en contacto con el pensamiento de lo que se teme, se pueda tranquilizar uno.

Se le pidió seguidamente que practicara el ejercicio en su casa durante un periodo entre 45 y 75 minutos. Repetida y diariamente, alrededor de 3 meses.

Al cabo de una semana, este paciente estaba muy contento. Había realizado puntualmente las indicaciones que se le dieron y notó un cambio espectacular en su nivel de ansiedad y en la aparición de esas ideas tan temidas por él hasta entonces.

Otra forma de realizar la exposición es con imágenes. La técnica consiste en proyectar en una pantalla mental las imágenes obsesivas, así como incluir en la pantalla un subtítulo con el contenido del pensamiento obsesivo y detener la imagen y el subtítulo en la pantalla para obtener la habituación. En los casos en que la ansiedad es generada por las posibles consecuencias desastrosas de un acontecimiento (muerte, destrucción), puede emplearse la exposición con esas imágenes construidas.

Si el paciente no tiene todavía la suficiente valentía para resistir la imagen obsesiva tal y como viene, se pueden realizar algunos ajustes.

Rodrigo tenía la imagen invasiva de que ahogaba a su mujer. El malestar de la imagen era tan grande que no era capaz de aguantar el contacto con ella. Por eso se le recomendó en sesión terapéutica que transformara la imagen en una forma cómica: poniéndose él un gorro con un lazo rosa, y viendo cómo a su mujer los ojos se le salían de las órbitas como si fuera Carpanta ante la vista de un buen bocadillo de jamón...

De esta manera fue capaz de realizar esta técnica y poco a poco exponerse a la imagen inicial. Y conseguir habituarse a ella.

Sea cual sea la metodología escogida como la más práctica para cada uno, todas ellas tienen como objetivo perder el temor al pensamiento obsesivo. Para lo cual hay que conseguir la habituación a lo desconocido, incierto o potencialmente peligroso con lo que se conecta el pensamiento obsesivo. Modificar la actitud de huida frente al sufrimiento, cambiar las intenciones subyacentes de “no querer pensar” por “el pensar intencionadamente en ello”, controlar la ansiedad, partiendo del contacto con el estímulo

provocador de la ansiedad, en vez de huir del mismo, reducir el valor asignado al pensamiento y desconfirmar las catástrofes anticipadas.

Como consecuencia de los anteriores objetivos, se va a producir la liberación de la atención consciente y la transformación del pensamiento obsesivo en un pensamiento que no suscita respuestas de activación.

En determinados pacientes es imposible mantener la atención en una obsesión, porque van saltando de unas a otras sin parar, dándose la vuelta incluso en el contenido con la consiguiente confusión. En estos casos hay que ajustar *la técnica de autoexposición para las obsesiones encadenadas* de forma que se vaya atendiendo a las obsesiones según aparecen, al mismo tiempo que las puede ir escribiendo.

Dentro del trabajo personal que puede llevar el paciente, está la práctica de la autoexposición con prevención de respuesta junto con el registro de prevención de respuesta donde se recogen éxitos y esfuerzos. El diario es importante porque se puede ver qué acciones o actividades ayudaron más a reenfocar. Lo cual ayuda a crear confianza porque permite ser consciente de los logros. Cuanto más crezca la lista de éxitos, más motivado estará el paciente.

Habilidades y estrategias para superar las dificultades de implementación de afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo

Hay diversidad de factores que generan dificultades para conseguir realizar la exposición con prevención de respuesta o que incluso la imposibilitan con algunos pacientes. Estos objetivos son difíciles y muchos pacientes se niegan a realizarlo por verse incapaces o sencillamente porque no quieren.

Pero también hay que reseñar que extinguir un proceso obsesivo no implica resolver el problema de la obsesividad. Según se plantea en el Modelo Estructural Funcional de las 3 Fases, quedarían sin solucionar las bases del problema. Dadas ciertas circunstancias y disparadores se podría activar de nuevo una obsesión, generando una TOB.

Cuando empecé como psicóloga clínica, con una formación cognitivo-conductual, trataba desde esta aproximación a los

pacientes con TOC. Sin embargo, observé que muchos pacientes que habían extinguido el proceso obsesivo, después de varios años, volvían de nuevo, aquejados de otras obsesiones.

En la propuesta terapéutica, objeto de este libro, hay diferencias en la aplicación de la PR. Aunque se insiste al paciente en la utilidad de realizar la exposición con PR lo antes posible, ante la negativa o imposibilidad, se emplea un abordaje a través del subprotocolo de reprocesamiento de la TOB.

Se muestran a continuación dificultades específicas y las intervenciones enfocadas a superarlas.

El temor y la inhabilidad para manejar emociones condiciona el uso de defensas para no sentir y de otras estrategias entre las que se encuentra la racionalización. Lo cual refuerza el miedo al no control de los afectos, incrementándose por tanto la necesidad de las defensas. Es por lo que resulta necesario, antes de cualquier intervención encaminada a modificar las estrategias que alimentan el proceso obsesivo, dotar al paciente de habilidades de manejo emocional. En capítulos anteriores se han mostrado algunas de ellas, pero es el propio clínico el que, en función del paciente y de su propia formación, lleve a cabo la elección de los recursos que estime más adecuados al caso.

Hay que explicar *el efecto de las ineficaces estrategias de control emocional*, basadas en la evitación y racionalización, el miedo a los afectos y la creencia acerca de la “no controlabilidad de los mismos”, que mantienen los procesos obsesivos, la desestabilización del paciente y refuerzan el temor a no controlar. Por lo que hay que *favorecer en el paciente la toma de conciencia de las habilidades de manejo emocional* adquiridas previamente para el control de los afectos. Se puede introducir estimulación bilateral (EBL) para reforzar tomas de conciencia.

Con el análisis del caso nº 1, se ilustran estos procesos claramente:

T: *Dime cuál es la última vez que tuviste obsesiones y compulsiones*

P: *Hoy al venir a consulta, pasaban coches y había gente que quería cruzar la calle*

T: *¿Te ha invadido alguna idea o imagen?*

P: *Que podían atropellar a alguien. ¿Y si al intentar cruzar las atropellan y matan?*

T: *¿Cuál ha sido tu conducta?*

P: *Volverme a mirar para comprobar que no les pasaba nada*

T: *¿Y qué es lo que normalmente haces cuando te invade la duda de que puedan atropellarlas?*

P: *Intento varias cosas: rechazar ese pensamiento que me da tanta angustia, en otras ocasiones rezo o en otras ocasiones me intento convencer que no va a pasar nada*

T: *¿Qué otras situaciones te disparan obsesiones?*

P: *Ver clavos, piedras, objetos en la calzada*

T: *¿Cuál es la obsesión?*

P: *¿Y si ocurre un accidente por eso?*

T: *¿Cuál es tu conducta frente a esa obsesión?*

P: *Quitar eso de en medio, llamar a la policía*

T: *¿Alguna otra cosa dispara obsesiones también?*

P: *Ver maletas, bultos, en la calle, en el metro, en lugares públicos*

T: *¿Cuál es la obsesión?*

P: *La obsesión es si va a haber una explosión y lo que hago es avisar a la policía*

T: *¿Hay alguna otra situación que te dispara obsesiones?*

P: *Cuando alguna vez no realizo la compulsión, me vienen imágenes obsesivas de que ha ocurrido la desgracia que temo que ocurra*

T: *¿Qué es lo que haces en esos casos?*

P: *Intento que desaparezca esa imagen, me produce mucha angustia. También le pido a Dios que no ocurra nada*

Un ejercicio a realizar con el paciente consiste en ayudarle a cumplimentar el registro funcional del proceso obsesivo, de forma que le permita comprender y relacionar los distintos aspectos que intervienen y mantienen activo el proceso obsesivo-compulsivo.

También hay importantes *creencias relacionadas con la conducta neutralizadora* que en muchos casos hay que abordar para conseguir llevar a cabo la prevención de respuesta.

Se mostrarán una serie de pasos encaminados a realizar el trabajo de *modificar las creencias relacionadas con la conducta neutralizadora*.

- 1) Evaluar la creencia negativa a través de preguntar qué palabras expresan la conducta de neutralización como son la compulsión física, conducta de comprobación o evitación. Normalmente se encuentran creencias del tipo “soy responsable de...”, “necesito controlar”, “tengo que ser perfecta”, “no puedo fallar”, etc.
- 2) La psicoeducación, terapia socrática, shocks cognitivos, recursos y la instalación de la creencia adaptativa reemplazante, pueden facilitar el reprocesamiento posterior, acompañadas de EBL.

Hay que *desmontar la falsa ilusión de control e instalar seguridad*, ya que normalmente la función de control que tiene la compulsión es obtener seguridad. La psicoeducación y la instalación de recursos son estrategias a utilizar. Los recursos se pueden investigar a través de preguntas del tipo: ¿qué cualidad o fortaleza necesitas para no ceder al impulso obsesivo? ¿Recuerda esas maneras de ser muy tuyas que hayas experimentado en ciertos momentos y que ahora podrían ser de utilidad (yo sabio, yo seguro, personalidad profesional)? En el caso de que eso no resulte útil, otra forma sería pedirle que imagine cómo sería sentirse de esa manera en el momento en que lleva a cabo la prevención de respuesta. A medida que se desarrolla gradualmente una imagen verbal, con los estímulos afectivos y sensoriales asociados, se pueden usar tandas cortas de EBL para comenzar a instalar estas asociaciones con cauta atención a la posible aparición de emociones e imágenes intrusivas.

Estos recursos instalados se pueden utilizar también más adelante como entretejidos útiles en reprocesamiento de blancos, si fueran convenientes.

Como veremos en siguientes capítulos, tanto las conductas que el paciente no puede llevar a cabo como las dificultades derivadas de sus temores y creencias inadaptativas se consideran blancos para reprocesar, como se muestra en el Subprotocolo EMDR de procesamiento de la Traumatización Obsesiva.

La respuesta de huida frente a la obsesión cuando irrumpe en la conciencia. Esta estrategia de defensa que pone en marcha el intento de huir de esas ideas o imágenes invasivas, está abocada al

más rotundo fracaso debido a la propia naturaleza de las obsesiones, donde la atención no se controla a voluntad.

Además, la intrusión obsesiva comporta la existencia de un tipo especial de fobia al pensamiento. La obsesión funciona como un estímulo fóbico. Pero es un tipo de fobia ante el cual los mecanismos de huida no funcionan, no se puede huir de la obsesión, debido al mecanismo mental que se exponía anteriormente. Sin embargo, si la atención está acaparada por algo, es más difícil que aparezca la obsesión.

Un aspecto a conseguir en este sentido es *no pretender no pensar en la obsesión*. En el libro Obsesiones Obsesivas (Pinillos y García Herrero, 1989) se cuenta la historia de un labrador que vivía muy pobremente con su extensa familia. De regreso de la dura faena del campo se encontró con un mago. Caminaron juntos un largo trecho y como el labrador se quejaba de su infortunio, el mago compadecido le propuso: voy a ayudarte a salir de tu miseria. Sin embargo, tienes que colaborar porque mi poder no es tan grande como para conseguir yo solo solucionar el problema. Te voy a conceder la facultad de convertir en oro todo lo que toques. El tiempo que durará el poder serán cinco minutos. Puedes ser inmensamente rico. La única condición que has de cumplir es que, durante esos cinco minutos, no pienses en el saltamontes.

Al labrador le pareció muy fácil, pero no consiguió cumplir la condición impuesta por el mago porque cuanto más se esforzaba en no pensar en el saltamontes, menos lo conseguía.

Esto es lo que ocurre cuando la persona que padece obsesiones intenta no pensar en su obsesión, quedando atrapada en ella. Es lo que se denomina la “paradoja de la evitación del pensamiento”.

Todos podemos hacer una prueba que nos indica la dificultad de alejar de la atención un contenido cuando lo rechazamos con una marcada intensidad. Para ello, planteemos un contenido (el saltamontes del ejemplo del labrador) con el propósito de no pensar en absoluto en él durante un corto período de tiempo y observaremos cómo nos ronda dicho contenido de forma que consigue saltar a la consciencia con facilidad.

El intento de protegerse del miedo, angustia y ansiedad a través de la huida del pensamiento, produce una paradoja importante: cuanto

más se intenta rechazarlo para sacarlo de la conciencia, con más fuerza e intensidad permanece. La angustia facilita la aparición de las obsesiones y las obsesiones refuerzan la angustia, creándose un círculo vicioso que la persona intenta romper luchando contra sus obsesiones, convirtiendo estos mecanismos de resistencia también en obsesivos, con lo que se hace más difícil salir del círculo de angustia general. Precisamente la estrategia que utiliza el obsesivo para luchar contra la obsesión se convierte en una trampa de la que le resulta imposible salir.

No deja de sorprenderme cuando pacientes diagnosticados como obsesivos me comentan que se les indica usar la relajación como estrategia para afrontar la obsesión, o la distracción, cuando precisamente es imposible conseguir ambas indicaciones cuando aparece la obsesión. Una paciente obsesiva comentaba que salía fatal cada vez que asistía a un grupo de relajación ya que, cuanto más intentaba relajarse, menos efecto tenía, en contraste con la mayoría del grupo que sí lo conseguía. Sus obsesiones no le permitían centrar la atención.

Las respuestas de lucha frente a la obsesión generan dificultades también. El paciente obsesivo utiliza otras repuestas cognitivas ante la obsesión. *El uso de la lógica, del razonamiento, para combatir el contenido obsesivo.* Se establece un pulso entre la obsesión y el pensamiento lógico. La argumentación lógica produce una mayor activación de la intensidad emocional de la obsesión a lo largo de un período de tiempo, aunque su finalidad es la contraria. En algunos casos se observa la *utilización de rituales cognitivos*, donde se emplean frases estereotipadas, contar, palabras, contar, etc.

Es un objetivo fundamental la eliminación de estas respuestas a nivel mental. La alternativa es *aceptar la intrusión sin realizar estrategia alguna dirigida hacia la huida o la lucha*. El paciente tiene que identificar claramente las estrategias de afrontamiento inadaptativas que emplea como intentar desviar la atención (hacer una prueba con el paciente similar al cuento del labrador), uso de la racionalización (poner ejemplos del pulso entre obsesión y lógica), así como de rituales cognitivos. Está ampliamente demostrado a través de recientes estudios la efectividad de suprimir los pensamientos ansiolíticos (compulsiones cognitivas) que los

pacientes obsesivos utilizan frente a los pensamientos ansiógenos (obsesiones).

Sin embargo, no es fácil para todos los pacientes, por lo que se les puede ofrecer nuevas estrategias, que se explican a continuación, que sustituyan las anteriores con el fin de aceptar el pensamiento o las dudas, parar el análisis y los rituales cognitivos.

Hay que manejar la intensidad biológica que media en los pensamientos y los impulsos compulsivos que se entrometen tan insistentemente en la consciencia para mantener la conciencia en lo que se denomina *el espectador imparcial*, el poder de observación que tenemos y que nos permite observar lo que nos venga, o estemos sintiendo, sin identificarnos con ello. Este concepto fue desarrollado en el siglo XVIII por el filósofo Adam Smith que lo describía así: “nos suponemos a nosotros mismos como los espectadores de nuestro propio comportamiento”. La “perspectiva del espectador imparcial” es esencialmente lo mismo que tener conciencia consciente y supone un duro trabajo, especialmente en circunstancias dolorosas que requiere de “los mayores esfuerzos fatigosos”. Esta habilidad se mostró en capítulos anteriores donde se abordaron las habilidades de conciencia y las técnicas mindfulness.

Hacerse amigo del enemigo es otra opción frente a la obsesión que representa aquel refrán que dice: “si no puedes vencer a tu enemigo, únete a él”. Representa lo contrario de lo que intenta infructuosamente el obsesivo que, al huir del enemigo, se queda atrapado en sus redes. En vez de evitar el pensamiento o imagen temida, una buena opción es seguirle la corriente. En el caso de las dudas obsesivas, la terapia del “no lo sé, ya se verá” es realmente eficaz, cuando se realiza de forma constante. Permite habituarse a la duda y reducir la ansiedad.

En su libro *La idea Psicológica del Hombre* (1997), Viktor Frankl relata el caso de Rosa, que quedó curada en una sola sesión después de sufrir durante veinte años de la obsesión de que se había olvidado si la puerta de su casa la había dejado abierta o cerrada.

Esta es la reproducción de la grabación de su relato, tras la sesión con el doctor Frankl: “en cierta ocasión me olvidé de cerrar la puerta.

Yo me asusté mucho. A partir de entonces, cada vez que me marchaba me imaginaba que quedaba abierta. Siempre tengo que volver a cerciorarme. Durante estos veinte años siempre he sabido que mis imaginaciones eran absurdas. Cada vez que volvía, la puerta estaba, efectivamente, cerrada. A pesar de todo, yo tenía que seguir esta manía. No le he encontrado gusto a la vida. Ahora, cada vez que la obsesión aparece me digo a mi misma: ‘si la puerta está abierta, abierta ha de quedar. Aunque me roben la casa y no quede dentro ni una pieza. Entonces ya puedo seguir mi camino’”.

Tres meses más tarde dice que le va magníficamente. “No tengo ya ningún pensamiento obsesivo. No puedo imaginar que haya tenido semejantes manías. Antes estaba del todo apenada y no podía tener alegría. Ahora soy feliz.”

Lo que hizo Rosa, de la mano de Viktor Frankl, fue darse cuenta de que no hay que ir contra corriente, sino a favor, siguiendo la trayectoria del propio sufrimiento que, en este caso, va de la mano del pensamiento obsesivo.

La técnica de la intención paradójica, puede ser de ayuda al obsesivo. Se trata de anticipar la situación disparadora de la obsesión con la intención contraria que subyace a ella. Es decir, si la idea obsesiva es ¿y si empiezo a temblar cuando esté haciendo una exposición en público?, la estrategia es cambiar la intención de no temblar por la de “hoy voy a intentar temblar en serio, todo lo que pueda, les voy a demostrar que soy capaz de temblar de verdad, no se van a olvidar de ello, voy a ser un auténtico fenómeno del temblor.”

A una paciente, con el miedo obsesivo a ruborizarse en determinadas situaciones, se le dijo, basando la recomendación en la intención paradójica de Frankl (1979), que la próxima vez que le pasara una cosa así, en vez de pensar que iba a ponerse roja, intentara ponerse de verdad lo más roja posible y que aplicara el sentido del humor con frases “voy a ver si soy capaz de ponerme roja como un semáforo, o como un pimiento, y que llame realmente la atención por lo subido del tono de mi rostro...”

Cuando volvió, casi un año después, empezó pidiendo perdón. Con cierto nivel de asombro se le preguntó por qué pedía perdón, y ella contó que se fue muy enfadada de la consulta en aquella

ocasión precedente porque creía que se le había tomado el pelo, y, por supuesto, no hizo el menor caso a la recomendación que se le dio. Así que siguió intentando solucionar su problema por otras vías. Probó multitud de enfoques, pero su problema iba a más. Llegó a tal punto que pensó que peor no podía estar y se acordó de lo que se le recomendó en aquella ocasión. Y decidió probar. Lo hizo a conciencia, en todas las ocasiones que pudo. Y ahora venía a informar que su problema estaba superado.

Decía el psicólogo estadounidense Gordon Allport (1961), especialmente conocido por su teoría de la personalidad, que el que padece un trastorno psicológico y aprende a reírse de sí mismo posiblemente esté en el camino hacia el control de sí mismo y, tal vez, de su curación.

El obsesivo se toma demasiado en serio sus pensamientos, sus contenidos invasivos, a pesar de que racionalmente lo niega. Por eso, si es capaz de llevar sus temores hacia el punto del absurdo, estará desmontando el edificio de sus angustias. Nuevamente, según Viktor Frankl, “debemos ser lo bastante audaces como para desviar el viento que sopla en las velas del angustioso miedo neurótico, ya que *el humorismo* ayuda siempre al hombre, como es sabido, a colocarse por encima de la situación real.”

Guía para el afrontamiento de los procesos obsesivos

Esta guía es un resumen integrativo de dos aproximaciones, los 4 pasos del Dr. Schwartz (1997) y el protocolo de regulación afectiva relacional de Goldbert (2014), donde tienen cabida la diversidad de técnicas, habilidades y recursos mostrados anteriormente.

El Dr. Jeffrey Schwartz ha desarrollado una estrategia con cuatro pasos básicos para ayudar al afrontamiento adaptativo del proceso obsesivo-compulsivo que se reflejan a través de las 4R que son siglas que ayudan a recordarlos y que representan redefinir el trastorno, reasignar la obsesión al circuito patológico, reenfocar las respuestas de neutralización y reforzar.

El protocolo de regulación afectiva relacional (Goldbert, 2014), basado en la inoculación de estrés de Meichenbaum, integra distintas estrategias de afrontamiento y un recurso relacional basado en la relación terapéutica, instalado con estimulación bilateral, para

que el paciente lo entrene, preparándose para su uso cuando lo necesite.

Se muestra cómo desarrollar estas aportaciones en una Guía para el afrontamiento de los procesos obsesivos. Se resume en cuatro pasos.

En el primer paso, el paciente desarrolla las autoinstrucciones donde redefine el trastorno. En el paso 2, las autoinstrucciones se enfocan a reasignar las obsesiones al circuito patológico. En el paso 3 se definen las conductas, técnicas y estrategias que son útiles al paciente, dirigidas a reenfocar las respuestas de neutralización. En el paso 4, se preparan autofirmaciones sobre los éxitos conseguidos y se refuerza con EBL el apoyo y la conexión con el terapeuta.

Paso 1: Redefinir el trastorno (1R)

Según afirma el Dr. Schwartz, es importante aumentar la conciencia consciente de que los pensamientos intrusos y los rituales son tan sólo síntomas de un desorden en el funcionamiento del cerebro. La conciencia consciente es profunda y alcanzarla requiere esfuerzo focalizado. Puede ayudar el registro mental del síntoma obsesivo o compulsivo con autoinstrucciones mentales como “este pensamiento, imagen o impulso que tengo ahora es una obsesión; es un síntoma de que mi cerebro no está funcionando bien en este momento”.

El objetivo del primer paso es aprender a *reetiquetar los pensamientos intrusos y las compulsiones* como obsesiones y compulsiones. Hay que probar a darse autoinstrucciones declarativas del tipo: “aunque pienso o siento que mis manos están sucias, es el resultado de que estoy experimentando una obsesión que me hace creer o sentir que están sucias”.

Esta técnica es la misma para todo tipo de obsesiones y compulsiones. La clave es aprender a reconocer a las obsesiones y compulsiones intrusas como fruto del TOC que se padece. De esta manera, se puede empezar a entender que esos sentimientos son sólo falsas alarmas, con poca o ninguna base en la realidad. Son simplemente falsos mensajes del cerebro. Hay que conseguir entender que aunque parezcan reales, son sólo una ficción del cerebro. La meta es aprender a soportarlos.

Tomar esta actitud ayuda a que pensamientos y compulsiones se debiliten, en vez de intentar que se desvanezcan o desaparezcan, ya que las obsesiones están fuera del control consciente. Lo que se puede controlar es la respuesta que se da. La meta es llegar a controlar las respuestas a las obsesiones y compulsiones.

Paso 2: reasignar la obsesión al circuito patológico (2R)

Después de tener una comprensión profunda de que las obsesiones y compulsiones que provoca el TOC son falsos mensajes provenientes del cerebro, hay que reatribuir la intensidad de la obsesión o compulsión a su causa real, reconocer que la preocupación y el malestar se deben a la activación de un circuito bloqueado en el cerebro.

Se necesita insistir en la información acerca del cerebro en el TOC. En lo profundo de las capas cerebrales hay una estructura llamada el núcleo caudado que científicos de todo el mundo creen que, en personas con TOC, puede estar funcionando mal. El núcleo caudado es como un centro procesador o una estación de filtrado para los mensajes muy complicados, generados por la parte frontal del cerebro, que funciona como un cambio de marchas automático en un coche. El núcleo caudado y el putamen conforman el striatum y recogen mensajes de partes muy complejas del cerebro como aquéllas que controlan los movimientos del cuerpo, los sentimientos, el pensamiento y la planificación que se crea alrededor de esos movimientos y sentimientos. Su función al unísono, como un cambio de marchas automático, asegura la suave o fluida transición de un comportamiento a otro.

Normalmente hacemos muchos cambios rápidos de comportamiento, fluida y fácilmente sin pensar sobre ellos. Es el funcionamiento del núcleo caudado y del putamen lo que lo hace posible. En el TOC, el problema parece ser que la fluidez, eficiencia del filtrado y el cambio de pensamientos y comportamientos están interrumpidos en el núcleo caudado. Como resultado de esta disfunción, la parte frontal del cerebro tiene una actividad por encima de lo normal y emplea demasiada energía. Es como tener el coche encallado en una zanja. En un enfermo de TOC demasiada energía está siendo usada en la parte central del cerebro, en la corteza orbital. Es como si la corteza orbital, que tiene un error en el

circuito de detección, atascara el cambio de marchas automático del vehículo. Esto es probablemente la razón por la que los afectados tienen el sentimiento, que no desaparece, de que “algo no va bien”.

Hay que hacer el trabajo de ponerlo en punto muerto para cambiar de velocidad, por medio del cambio manual en vez de la transmisión automática natural. Hay que hacer el esfuerzo de cambiar las marchas conscientemente, cosa que un cerebro “sano” haría de forma automática. Esto conlleva un gran esfuerzo para la persona porque su cerebro tiende a hacer que el cambio de marchas se atasque. Las personas con TOC pueden enseñarse a sí mismas cómo hacer el cambio de marchas en su cerebro.

La clave de los pasos de *redefinir* y *reasignar* es darse cuenta de que la intrusividad y la aversiva intensidad emocional asociada a la obsesión son debidas al mal funcionamiento de un circuito cerebral, que contiene información bloqueada, descontextualizada y desactualizada. Es importante entender que reaccionar ante ello, mediante estrategias de lucha y o huida, no va a conseguir que las obsesiones desaparezcan, sino que el efecto es que realimentan el circuito.

Paso 3: reenfocar las respuestas de neutralización (3R)

El paso de *reenfocar* se centra en el cambio de marchas manual. La idea es trabajar en torno a las obsesiones y compulsiones y a los rituales. Antes, hay que elegir algún comportamiento específico que reemplace la compulsión de comprobar, repetir acciones, lavarse, rezar, etc. Cualquier comportamiento constructivo como por ejemplo dar un paseo, ejercicio, escuchar música, chatear o lo que más te guste.

Veamos en una secuencia los tres pasos del proceso. Cuando el pensamiento intruso viene, primero hay que redefinirlo como una obsesión o compulsión, después reenfocar al hecho de que se tiene TOC, una enfermedad o un fallo en el sistema, y acto seguido reenfocar las respuestas mentales y conductuales. Comenzar el proceso de reenfoque rechazando tomar los síntomas obsesivo-compulsivos en un sentido literal por medio de autoinstrucciones del tipo: “estoy experimentando un síntoma del TOC”.

En este punto hay que introducir las respuestas específicas que son útiles al paciente, dirigidas a reenfocar las respuestas de

neutralización.

“Necesito hacer otra cosa, pasar a otra acción distinta”. Dejar de responder a los síntomas del TOC es “trabajar fuera de ellos, rodeándolos”, llevando a cabo otra acción que permite la activación de redes neuronales alternativas.

La reasignación ayudará, también, a evitar llevar a cabo los rituales con la intención de sentirse mejor. Sabiendo que la urgencia de conseguir ese “sentirse bien” con los rituales es causada por el cerebro, se puede aprender a ignorar las compulsiones, y por tanto los rituales y continuar con la secuencia de pensamiento-actuación. Hay que rechazar escuchar los impulsos para hacer rituales y, de este modo, el sentimiento será más pequeño y menos importante, lo cual, además, da la oportunidad de activar otras partes del cerebro fuera del circuito de la preocupación. Al tomar la obsesión en un sentido literal y reaccionar ante ella puede que momentáneamente se sienta alivio, pero en pocos minutos el impulso se hará más intenso. Todo lo cual refuerza las redes neuronales que contienen la información bloqueada. Al activarse de nuevo la obsesión con las respuestas de neutralización, la conexión entre ellas se fortalece.

Paso 4: Refuerzo (4R)

El objetivo de los primeros tres pasos es usar el conocimiento sobre el TOC como la consecuencia de que el cerebro está funcionando mal, para ayudar a clarificar que estos pensamientos y sentimientos no son lo que parecen, y de esta forma rechazar tomar las obsesiones y los impulsos compulsivos en sentido literal, evitando, así, llevar a cabo los rituales compulsivos y reenfocarlos (reconvertirlos) en conductas constructivas.

Este proceso va a tener altibajos. Por eso hay que preparar al paciente. Hay que explicarle que es normal que en ocasiones no consiga algo que en otro momento consiguió. Es importante asumirlo como una oportunidad de aprender.

Los pequeños éxitos, debidamente reforzados e instalados con pequeñas tandas de EBL, se plasman en afirmaciones que el paciente se hace a sí mismo como “soy capaz de manejar ciertos afectos, puedo exponerme a la obsesión con éxito, consigo reírme de mis obsesiones, etc”.

Después el terapeuta le lee todas las instrucciones de los pasos anteriores al paciente. Le pide que observe las interacciones momento a momento durante esta experiencia con el terapeuta, y que detecte en qué momento específico se siente comprendido, cuidado, especial o merecedor de afecto y dónde lo siente en el cuerpo. Se graba para que el paciente lo tenga como objeto transicional que puede usar entre sesiones.

A continuación, con la información dada por el paciente se instala al terapeuta como recurso, utilizando el protocolo de instalación de recursos de EMDR. Se pide que se enfoque en la imagen, las emociones y las sensaciones que mejor representan la sensación de conexión con el terapeuta, que se instalan con estimulación bilateral (EBL). Después el paciente identifica una palabra o clave como recurso que se instala también con EBL.

Ejemplo de implementación de las 4R

T: *Imagina que estás en la biblioteca. Vamos a ir siguiendo los pasos de lo que ocurre. Estás en la biblioteca, estudiando y ahora de repente, te viene una imagen obsesiva. ¿Qué imagen quieres elegir para trabajar?*

P: *Pues el recuerdo de estar hablando con un chico y no acordarme de si pasó algo o no*

T: *Entonces es la imagen del recuerdo y el pensamiento ¿y si no me acuerdo de lo que pasó? lo que te viene de forma intrusiva. Imagina que estás estudiando y de repente te viene ese recuerdo y el pensamiento de “y si no me acuerdo de lo que pasó”. Ahora quiero que reflejes el primer paso, la primera R*

P: *“Tranquila, que ahora estoy en modo TOC. El resultado es que estoy experimentando una obsesión que me hace creer lo que pienso”*

T: *¿Y qué vas a decirte en el segundo paso, la segunda R?*

P: *“Mi cerebro ahora no está funcionando bien. No me puedo fiar de nada de lo que me traiga porque no es real. Me está haciendo creer cosas que no son reales. Ahora lo importante es cómo respondo”*

T: *¿Y qué vas a incluir en el tercer paso, la tercera R?*

P: *Voy a traer la imagen de mi yo futuro, a mi lado, que me está tocando los hombros, mientras escucho lo que me dice: “vamos a*

levantarnos y a bajar la escalera e ir a la calle a pasear. Haz varias respiraciones profundas. Usa el abrazo de la mariposa (AM) y piensa que estas imágenes y dudas son síntomas del TOC, y que no es fiable. Simplemente observálo sin juzgarlo y sin tratar de cambiarlo”

T: ¿Y el paso 4, la cuarta R?

P: Mi yo futuro me está diciendo que lo estoy consiguiendo, voy por el camino para superar el problema y que mi cerebro funcione de otra manera. Estoy muy orgullosa

Otro problema que puede surgir y que impide la implementación de estrategias adaptativas consiste en los bloqueos. En ocasiones, cuando la obsesión irrumpe en la conciencia y activa el estado del yo que es vulnerable al TN, estando este estado muy disociado, se genera un bloqueo que impide el uso de las estrategias adaptativas de afrontamiento frente a la obsesión. Cuando se da el caso, hay que utilizar las estrategias de conexión con el aquí y ahora. Una vez conectado el yo adulto y estando en el presente, se pueden utilizar los recursos frente a la obsesión. Para estas situaciones, suele ayudar el uso de una grabación del terapeuta con las instrucciones a seguir para la conexión con el aquí y ahora y con las estrategias de afrontamiento de las obsesiones.

Capítulo 20 / El protocolo de las tres vertientes referente a la sintomatología obsesiva-compulsiva

Antecedentes

El protocolo EMDR de tres vertientes (pasado, presente, futuro) como se indicó anteriormente, se utiliza para reprocesar experiencias traumáticas pasadas, trabajar con disparadores presentes y abordar preocupaciones futuras para traer al paciente al máximo nivel de respuesta adaptativa.

En el tratamiento de los pacientes obsesivos es necesario implementar algunas modificaciones al protocolo estándar de EMDR para abordar mejor los problemas de esta población especial. En la preparación, fase 2, se indicó la necesidad de un trabajo progresivo introduciendo recursos, herramientas EMDR, trabajo con partes y desensibilización/reprocesamiento de ciertos aspectos con adaptaciones del protocolo básico EMDR, antes del procesamiento con protocolo básico EMDR de las memorias de los sucesos clave en la fase 3.

Después del trabajo realizado en la fase 2 y antes de empezar la fase 3, se reitera chequear con las partes defensivas involucradas en el TOC, si están de acuerdo en afrontar los recuerdos y emociones perturbadoras, permitiendo la consciencia de lo doloroso.

En esta fase se va a proceder al reprocesamiento de los blancos del pasado y del presente así como la plantilla de futuro referente primero a la sintomatología obsesiva compulsiva para después acometer los mismos objetivos con otra sintomatología que suele estar presente también en el trastorno como inseguridad y baja autoestima.

Dianas del pasado

Los recuerdos del pasado que se utilizan como blancos para el reprocesamiento por medio del protocolo básico EMDR son fundamentalmente la Traumatización frente al fracaso defensivo (TFD) y el recuerdo alimentador del miedo obsesivo.

El reprocesamiento de la Traumatización frente al fracaso defensivo (TFD) va a necesitar bastante trabajo y muchas intervenciones. Es la experiencia donde aparece una nueva defensa a cargo de las obsesiones, dentro de la estructura defensiva previa que incluye tendencias de acción psicofisiológicas, conductuales y mentales.

El objetivo es reprocesar el recuerdo de la traumatización frente al fracaso defensivo con las distintas partes/tendencias de acción involucradas, lo cual va a requerir abordar muchos canales.

La parte que defiende del fracaso defensivo a través de obsesiones, surge a raíz de la TFD y forma parte del clúster defensivo, constituido por diversas partes/tendencias de acción, algunas con intencionalidad inconsciente.

Recordemos cómo el esquema defensivo en el obsesivo surge en principio para proteger del dolor ante el que el niño se siente vulnerable, debido a diversos factores que no han contribuido a generar las bases de la seguridad y la autoestima. El esquema defensivo descansa en la creencia “debo evitar ser consciente de lo que me produce dolor” y en “tengo que hacer algo para evitar los hechos, circunstancias, que me generan el dolor”.

Dicha estructura funciona exitosamente, hasta que se produce el fallo de la defensa que protege de la vulnerabilidad ante el dolor, generándose disociación estructural, sensibilizando todavía más a la persona al sufrimiento. Consecuencias relevantes son el nuevo temor a fallar en la defensa que protege del dolor ante el que el paciente se siente vulnerable y la interpretación de la vivencia como prueba de falta de valía. Creencias nucleares del tipo “soy un fracaso”, soy mala persona, soy inútil, no valgo” suelen referir los pacientes en relación a la vivencia. Ambos aspectos refuerzan la inseguridad y las carencias de autoestima que padece el paciente obsesivo. El fallo en la protección frente al dolor, refuerza la creencia nuclear negativa, por lo que una nueva defensa aparece para

proteger del fracaso defensivo por medio de una consigna perfeccionista, utilizada como bastión defensivo.

Esta vivencia que se denomina Traumatización frente al fracaso defensivo (TFD), debido a la alta activación emocional que genera, origina un efecto estructural dando lugar a varias partes emocionales con información almacenada disfuncionalmente en distintas redes y niveles de conciencia. Una red con los aspectos exteroceptivos de la vivencia de traumatización, otra con los aspectos dolorosos en un nivel subcortical y otra, constituida por un clúster con diversas tendencias de acción defensivas, base de las obsesiones y compulsiones.

Diversas partes/tendencias de acción constituyen el clúster defensivo. El clúster puede estar constituido por partes muy desarrolladas o consistir en una tendencia de acción solamente. El cómo están estructuralmente conformadas en el sistema interno, es específico de cada caso.

A medida que se reprocesa un canal y se vuelve al blanco irán apareciendo las distintas partes/tendencias de acción involucradas en el clúster obsesivo.

Mención especial hay que hacer de tendencias de acción de tipo psicofisiológico como la hipervigilancia ante ciertos estímulos. Esta parte, a raíz de la TFD, queda fijada como tendencia de acción en la hipervigilancia ante las áreas asociadas al peligro de sufrimiento. La función es activar el miedo o ansiedad ante lo desconocido (contenidos dolorosos disociados), lo incierto (miedo a fallar en la consigna perfeccionista defensiva) y lo potencialmente peligroso (circunstancias que previenen contenidos constituyentes del TN).

Los objetivos terapéuticos con esta parte son activar la tendencia de acción, el miedo y la ansiedad, solo ante el peligro real. Con lo que hay que cambiar la percepción de peligro frente a lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso, ya que esta respuesta es inadaptativa. Un entretejido puede ser la pregunta ¿qué tiene de bueno ahora activar el miedo y la ansiedad ante algo que no es peligroso?

Otro tipo de tendencia de acción a considerar en el problema TOC hace referencia a las creencias inadaptativas que alimentan las obsesiones y compulsiones y que son factores que contribuyen

también al mantenimiento del problema. Entre las que se encuentran las creencias sobre la atribución de responsabilidad, las de tipo perfeccionista, las controladoras y los errores lógicos.

Las intervenciones encaminadas al trabajo con las creencias inadaptativas y errores lógicos se mostraron dentro del trabajo con las partes, aportando la información adaptativa necesaria para que durante el reprocesamiento se produzca la conexión con estas redes.

Otro canal, dentro del procesamiento de este blanco, puede estar relacionado con la necesidad de control que presentan los pacientes TOC, ya que el control contribuye a la seguridad de no fallar en la defensa.

En general, este blanco puede requerir el uso de diversos entretejidos enfocados a mostrar que la conciencia es la base del autocontrol y el desarrollo, el fallo es una oportunidad de aprender y la adaptación requiere vivir en un mundo lleno de incertidumbres, donde la alerta solo hay que activarla ante el peligro real.

El reprocesar todos los canales del blanco, puede llevar varias sesiones.

Según el caso y cómo esté conformada la estructura de las partes constituyentes del cluster defensivo, puede requerir reprocesar el blanco con las partes a cargo de las distintas tendencias de acción involucradas. En estos casos se monta el blanco partiendo del recuerdo de la traumatización al fracaso defensivo y la creencia negativa obtenida con cada parte.

Un ejemplo es este fragmento que muestra el reprocesamiento del recuerdo de la traumatización al fracaso defensivo desde el estado del yo infantil, con protocolo básico EMDR, con el caso nº 1:

T: *¿Cuál es la imagen que representa la peor parte del recuerdo cuando tu padre discute e insulta a tu madre?*

P: *Yo en medio y mi padre gritando*

T: *Cuando te ves en esa imagen, ¿qué palabras negativas piensas acerca de tí?*

P: *“No valgo nada”*

T: *¿Qué te gustaría pensar de ti en vez de eso?*

P: *“Soy valioso”*

T: En una escala de 1 a 7, ¿cuán verdaderas son para ti esas palabras “soy valioso”, donde 7 es completamente verdadero y 1 completamente falso?

P: 4

T: Cuando ves esa imagen y piensas en esas palabras “no valgo nada”, ¿qué emociones sientes?

P: Culpa y dolor

T: ¿Qué nivel de perturbación sientes en una escala de 0 a 10, donde 10 es la máxima emoción negativa y 0 es neutral?

P: 8

T: ¿En qué lugar del cuerpo lo sientes?

P: En el pecho y la garganta

T: Uniendo esa imagen, las palabras “no valgo nada” y esas sensaciones en pecho y la garganta, ¿podrías seguir mis dedos? MO.

T: Déjalo ir y respira profundo. ¿Qué viene ahora?, ¿qué estás notando?

P: Es mi culpa

T: Quédate con eso. MO.

T: Déjalo ir y respira profundo. ¿Qué viene ahora?, ¿qué estás notando?

P: Noto ansiedad en el pecho

T: Quédate con eso. EBL

T: Déjalo ir y respira profundo. ¿Qué viene ahora?, ¿qué estás notando?

P: No es culpa mía

T: Quédate con eso. EBL

T: Déjalo ir y respira profundo. ¿Qué viene ahora?, ¿qué estás notando?

P: Los responsables son ellos, nadie les pudo ayudar

T: Vuelve a la experiencia perturbadora, ¿qué viene ahora?, ¿qué estás notando?

P: Noto algo de ansiedad, muy poco en la cabeza

T: Quédate con eso. EBL

T: Déjalo ir y respira profundo. ¿Qué viene ahora?, ¿qué estás notando?

P: Estoy tranquilo

T: *Vuelve a la experiencia, ¿qué nivel de perturbación sientes ahora?*

P: *Estoy muy tranquilo. Un cero.*

T: *Quédate con eso. EBL*

T: *Déjalo ir y respira profundo. ¿Qué viene ahora?, ¿qué estás notando?*

P: *Estoy en calma, noto tranquilidad*

Se puede apreciar la facilidad del reprocesamiento, posiblemente debido a todo el trabajo previo efectuado. A partir de ahí partir se siguen los pasos del protocolo básico EMDR.

El recuerdo alimentador del miedo obsesivo es otra diana a reprocesar. En ocasiones el recuerdo origen del miedo obsesivo puede ser transgeneracional. En cualquier caso, se abordan con protocolo básico EMDR.

Dianas del presente

Como dianas del presente hay que tener en cuenta la Traumatización Obsesiva (TOB), los disparadores de obsesiones y compulsiones y los sueños que pueden ir apareciendo como consecuencia de los acuerdos establecidos en el trabajo con las partes.

Asimismo, en algunos casos puede ser un objetivo reprocesar el estado de sensación positivo asociado a la realización de compulsiones, que puede ser un factor relevante en el mantenimiento del problema.

La Traumatización Obsesiva (TOB), considerada como un evento traumático continuado a partir de que aparece el problema obsesivo por primera vez, con el protocolo adaptado EMDR que se propone como material en el libro y que por su amplitud se muestra en el capítulo 21

Disparadores de obsesiones y compulsiones

Los disparadores del presente son las situaciones, personas, estímulos que en los últimos días han activado obsesiones y/o compulsiones o en los cuales no ha sido capaz de llevar a cabo una acción o enfrentarse a una situación. Todo lo cual hay que reprocesarlo con protocolo básico EMDR o como opción se puede utilizar el Protocolo de Desensibilización de los disparadores y el

control de las compulsiones (Popky), que utiliza elementos de la terapia sensoriomotriz junto con EBL.

Ejemplo (caso nº1) de aplicación del protocolo de Desensibilización de disparadores de la obsesión y el control de las compulsiones (Popky)

T: *Me gustaría que pensaras en un momento cuando te has sentido tranquilo o en paz, aunque fuera por un momento*

P: *Nadando, en la piscina*

T: *Mientras recuerdas ese momento de seguridad, observa qué es lo que ves, lo que oyes, lo que hueles y qué sensaciones experimentas en el cuerpo*

P: *Veo el agua azul, las marcas que separan las calles y unos ventanales por donde entra la luz. Oigo música que sale por los altavoces. Noto olor a cloro y la sensación de flotar en el agua*

T: *¿Qué emociones sientes al centrarte en la imagen?*

P: *Mucha tranquilidad*

T: *¿En qué parte del cuerpo lo notas?*

P: *Relajación muscular, ligereza en todo el cuerpo*

T: *Trae a tu imaginación ese momento. Concéntrate en el lugar de tu cuerpo donde sientes las sensaciones placenteras y permítete disfrutarlas. Ahora concéntrate en esas sensaciones y sigue mis dedos. (4-6 pases de MO). ¿Cómo te sientes ahora?*

P: *Muy relajado y tranquilo*

T: *Concéntrate en esto (repetir MO). ¿Cómo te sientes ahora?*

P: *Muy tranquilo*

(Después de repetir 4 veces el proceso, se utilizan submodalidades de la imagen con mayor impacto en la motivación)

T: *Ahora vamos a probar a hacer la imagen más grande, más clara, más brillante, acércala o añadir sonidos. Dime en qué caso notas que tiene mayor atracción y te hace sentir mejor*

P: *Cuando la veo más brillante*

T: *¿Dónde sientes eso en el cuerpo?*

P: *Como una expansión en el pecho*

T: *Quédate con ello. Con la imagen clara, toma conciencia de lo que estás viendo y dáte cuenta qué sentimientos experimentas. Aplica una ligera presión en el nudillo del dedo (anclaje). MO*

T: *Imagínate una situación donde aparece el impulso a realizar la compulsión*

P: *Ver un clavo en la calzada*

T: *Vuelve a la imagen donde ves un clavo en la calzada. Valora el nivel de deseo de hacer el comportamiento problema entre 0 y 10*

P: *9*

T: *¿Dónde sientes ese impulso en el cuerpo?*

P: *En el pecho*

T: *Combina esa imagen, y el deseo de quitarlo que sientes en el pecho. MO*

P: *Me viene el recuerdo del miedo a mi padre cuando gritaba a mi madre. MO*

P: *Cuando dejé de ir a la playa. MO*

P: *Haciendo los ejercicios en la terapia. MO*

T: *Vuelve a la imagen donde ves un clavo en la calzada. Mide ahora el nivel de deseo de hacer el comportamiento problema*

P: *4*

T: *Sigue con eso. MO*

T: *¿Qué te viene ahora?*

P: *Estoy bien*

T: *Trae de nuevo la imagen del clavo en la calzada, dime qué necesidad sientes ahora de hacer la compulsión*

P: *Ninguna*

T: *Trae de nuevo la imagen del clavo en la calzada y aplícate una ligera presión a la articulación. MO*

Como resumen, se pide al paciente que se centre en la imagen del momento seguro y se investiga el efecto al modificar las distintas submodalidades sensoriales. Cuando la imagen tiene mayor atracción se usa EBL.

Se orienta al paciente que traiga la imagen de su momento seguro, que tome conciencia de lo que ve y luego que se adentre en la imagen como si estuviera dentro y que sienta como su cuerpo vivencia los sentimientos positivos, para entonces aplicar una ligera presión en el nudillo del dedo (anclaje) y a continuación, se le conduce a través de los cambios en la imagen para incrementar las buenas sensaciones.

Se le pide hacer ajustes a los componentes visuales como brillo, enfoque, contraste, tono, tamaño, distancia, etc. y que informen sobre el cambio en las sensaciones internas y que aumenten ligeramente la presión en el mismo lugar sobre su articulación, hasta la máxima sensación. Mientras se está utilizando el anclaje se realiza la técnica de los movimientos oculares.

Se repite el mismo proceso con los componentes auditivos, como el volumen, tono, ritmo, equilibrio, etc. Se aplica el anclaje y se realizan los movimientos oculares para fortalecer fisiológicamente aún más las sensaciones.

Se pone a prueba el estado positivo haciendo que el paciente toque su nudillo y se de cuenta de los resultados, de forma que posteriormente informe de los efectos positivos obtenidos.

Se procede a identificar los factores desencadenantes conocidos de las compulsiones como un lugar, una persona, tiempo, emoción, olfato, gusto, un evento, acción o el objeto.

Compilar la lista de los desencadenantes conocidos que se ordenan según lo que parece ser más débil hasta lo más fuerte.

Se pasa a desensibilizar cada factor desencadenante. El paciente identifica una imagen representativa del factor desencadenante, junto con las palabras, sensaciones, percepciones, y el pensamiento obsesivo que lo acompaña. Se le pide que traiga la imagen, junto con todas sus asociaciones y el pensamiento obsesivo y que comente la presencia e intensidad del impulso a realizar la compulsión, Nivel de Necesidad (LOU) que se mide de 0 a 10, donde 0 es nada y 10 es el máximo. Después se le hace asociar la LOU con una ubicación en el cuerpo (¿dónde estás sintiendo esto en su cuerpo?) Posteriormente se le pedirá que mantenga la imagen, junto con todas las palabras, sensaciones, percepciones, pensamiento obsesivo y que se percate de qué y dónde siente la necesidad de realizar la compulsión en el cuerpo y se da paso a los movimientos oculares. Después de cada serie de MO, se le pide que exprese lo que siente ahora o lo que le viene a la mente ahora, o qué está pasando ahora. Se le replica: quédate con eso, o concéntrate en eso o piensa en eso y se realiza con ellos los MO de nuevo. Esto se repite hasta que el impulso llegue a 0 (LOU = 0).

Si las respuestas parecen que pierden el rumbo se vuelve a trabajar con el factor desencadenante y se pregunta por el nuevo grado de LOU. Después se le indica que perciba el nivel de impulso a realizar la compulsión junto a la sensación donde está en el cuerpo y se comienza nuevamente los MOs.

Si el paciente indica que no ha experimentado ningún cambio, el terapeuta debe continuar intentándolo hasta que el cliente informe otra vez de los cambios:

- a.** Aumentar el espacio o la distancia del movimiento de los ojos.
- b.** Aumentar la velocidad (sobre todo si son intelectuales).
- c.** Aumentar el número de movimientos.
- d.** Cambiar de dirección.
- e.** Cambiar a toques o sonidos.

Si otro nudo aparece se seguirá hasta el final. Volver a los factores desencadenantes, en caso de pérdida o confusión o cuando siente el terapeuta que la LOU = 0 o cercano a 0.

El entretejido cognitivo es utilizado si es necesario en la fase de desensibilización.

Enlazar e instalar el estado positivo para cada desencadenante, de forma que se hace que el paciente traiga el incidente desencadenante previo una vez más para aplicar una ligera presión a la articulación, mientras está realizando una sesión de MO.

Si el informe es negativo, entonces lo más probable es que otro canal se haya abierto y este debe ser abordado.

Para probar la instalación hacer que el paciente traiga el factor desencadenante otra vez y preguntar por la LOU. Si queda alguna necesidad o ansia se repite el proceso de desensibilización.

En caso de que la LOU = 0 el cliente debe imaginar un momento en el futuro y se comprueba una vez más la LOU. Si el cliente indica que su LOU = 0 tiene que pensar en ello y con el anclaje se hace otro set de MO.

Se repiten los pasos para cada factor desencadenante y se cierra recordando a los pacientes que el proceso continúa después que la sesión ha terminado y que pueden o no experimentar nuevos pensamientos, recuerdos o experiencias que se deben anotar para trabajarlo en la próxima sesión.

Se les indica que si sienten cualquier necesidad o deseo, deben hacer conciencia qué y dónde lo están sintiendo y deben escoger un lugar en la pared y mover los ojos rápidamente hasta que se desvanezca y luego pensar nuevamente en esta necesidad y hacer presión en la articulación mientras se hacen MO.

Si continúa el impulso, es una información nueva que deben anotar para trabajar durante la próxima visita. Es importante que los pacientes no se sientan fracasados.

Al comienzo de cada sesión se debe comprobar cualquier información nueva, los factores desencadenantes previamente desensibilizados, la recaída.

Si los desencadenantes anteriores no han traído ninguna necesidad, se hace MO sobre lo logrado. Si informa recaídas se comienza a trabajar en los factores desencadenantes que provocan las recaídas.

Estado de sensación positivo asociado a la compulsión (Miller)

En determinados casos está indicado el reprocesamiento del estado de sensación positivo asociado a la compulsión. La conducta compulsiva puede ser mantenida como un proceso similar al de la adicción. Ello puede ser debido a que se genera un sentimiento deseado, que con frecuencia es de seguridad o de fuerza, y una conducta fija, la compulsión y que desafía cualquier aprendizaje racional. Las emociones positivas intensas se pueden guardar en un estado afectivo dependiente asociado con ciertas conductas. Por lo que se hace necesario identificar y reprocesar los sentimientos positivos subyacentes que componen el recuerdo dependiente del estado.

La dinámica que subyace a la compulsión tiene dos aspectos. Uno tiene relación con la evitación, bien sea de una emoción, normalmente miedo, ansiedad, angustia y de los contenidos obsesivos intrusivos (pensamientos, imágenes). El otro aspecto es obtener una emoción positiva.

Por tanto, la compulsión además de su valor de reductora de la ansiedad a corto plazo generalmente, genera un estado de sensación positivo que suele tener un valor añadido de gran

importancia en el mantenimiento de esta conducta por el factor adictivo que conlleva. Por lo que un objetivo en determinados casos, puede ser el atenuar la emoción positiva disfuncional asociada con los recuerdos de las conductas compulsivas.

El protocolo de adicción al estado de sensación positivo de Miller puede estar indicado con el fin de perder el interés en la conducta compulsiva.

Los circuitos que intervienen en la memoria y el aprendizaje pueden jugar un papel decisivo en las compulsiones. La asociación repetida del efecto reforzador de la conducta compulsiva, tanto por el alivio de la ansiedad como por el efecto de la sensación positiva y los estímulos ambientales o internos, induce un poderoso efecto de condicionamiento, que se extiende también a las señales que predicen su posible disponibilidad. Dichas señales (estímulos condicionados) pueden, por sí mismas, producir liberación de dopamina en las sinapsis del sistema límbico y disparar la conducta compulsiva de la que se ha desarrollado dependencia (Volkow y Li, 2005).

El protocolo de estado de sentimiento para las adicciones se puede adaptar para abordar el componente compulsivo que se centra en la parte de placer de esta dinámica, de acuerdo a los siguientes pasos:

1. Obtener historia, frecuencia y contexto de la conducta compulsiva.
2. Identificar el aspecto específico de la conducta compulsiva con la mayor intensidad emocional positiva.
3. Tras identificar la emoción positiva específica más intensa asociada con la conducta compulsiva, obtener la puntuación en la escala de emoción positiva. La escala de emoción positiva EEP es una escala de 0 a 10, siendo 10 la emoción positiva más intensa.

Después se pregunta al paciente con qué intensidad están conectados la conducta compulsiva y el estado de sensación positiva, de 0 a 10, donde 0 es ninguna conexión y 10 la conexión más intensa posible.

4. Localizar e identificar las sensaciones físicas creadas por las emociones positivas. Se pregunta: ¿dónde lo sientes en el cuerpo?

5. El paciente combina una imagen de la conducta compulsiva, la emoción positiva y las sensaciones físicas.

6. Se hacen tandas de estimulación bilateral mientras el paciente se centra en el material que surge en la tanda anterior.

Si el estado de sensación positivo es mayor o igual que uno, se le dice al paciente: ¿qué es lo que hace que sea----?, háblame de eso.

Se continúa con tandas de estimulación bilateral hasta que sea cero, aparezca una creencia bloqueante u otro blanco dónde se usa el protocolo estándar.

Una vez que el estado de sensación positivo es cero para la conexión entre la conducta y el estado de sensación, se le dice al paciente: ¿te sientes mejor ahora que es un cero y no un 10?. Háblame de eso. Sigue con eso. Tandas de estimulación bilateral.

7. Se pregunta: ¿qué creencia negativa tienes sobre ti mismo que te hace sentir que no puedes obtener lo que necesitas de ninguna otra manera?, ¿qué pasa contigo que no puedes cubrir esa necesidad sin la compulsión?, ¿qué notas dentro cuándo te sientes de esta manera sobre ti mismo?, ¿qué emociones notas cuando piensas en todo esto?

Hacer después un flotar hacia atrás hasta la primera vez que el paciente se sintió de esa manera. Si no se puede identificar un evento, hacer blanco sobre la cognición negativa.

Procesar, comenzando con una evaluación del blanco completa.

8. Determinar la creencia negativa creada como resultado de la conducta compulsiva y hacer que el paciente escoja una creencia positiva.

Utilizar el protocolo estándar para procesar las creencias negativas e instalar las creencias positivas.

Plantilla de futuro

Antes hay que asegurarse que el paciente tiene información sobre las habilidades de afrontamiento del proceso obsesivo compulsivo.

El paciente se pasa una película en la que se expone a una situación disparadora de obsesiones con prevención de respuesta, mientras va notando cómo está manejando la situación y lo que piensa, siente y experimenta en el cuerpo con la nueva creencia positiva y la nueva sensación corporal.

Se le pide al paciente: *“Me gustaría que te imaginaras una película exponiéndote sin hacer ninguna compulsión a la situación que te la impulsaba (describir la situación). Con la nueva creencia positiva y la nueva sensación corporal de (ej. fuerza, seguridad, confianza, calma).*

Imagínate entrando a esa imagen. Nota ¿qué ves y cómo estás manejando la situación? Nota ¿qué piensas, sientes y experimentas en el cuerpo? ¿Existe algún bloqueo, ansiedad o temor cuando piensas en esa escena futura?”

En caso de que el paciente reporte bloqueos, se le pide que se concentre en estos bloqueos y se introducen varias tandas largas de EBL. Si los bloqueos no se resuelven rápido, hay que evaluar si el paciente necesita nueva información, recursos o habilidades para visualizar cómodamente la escena futura.

Si el bloqueo aún no se resuelve y el paciente no puede visualizar la escena futura con confianza y claridad, se usan preguntas directas, escaneo afectivo, o la técnica de flotar hacia atrás para identificar viejos blancos relacionados con los bloqueos, ansiedades o temores. Se reprocesan (fases 3 a 8) esos blancos antes de seguir con este patrón a futuro.

Si no existen bloqueos aparentes y el paciente es capaz de visualizarse exponiéndose con prevención de respuesta a la escena futura, con confianza y claridad, se le pide que se concentre en la imagen, la creencia positiva y las sensaciones asociadas con la escena futura y se introducen tandas largas de EBL, hasta que el patrón a futuro quede suficientemente fortalecido. Después hay que verificar el VOC y hacer chequeo corporal.

Se termina pidiendo al paciente que se mueva desde esa imagen a imaginar una película sobre su desempeño en el futuro, con principio, medio y fin. Se le hacen las siguientes indicaciones: *“me gustaría que cerraras los ojos y pasaras una película, imaginándote afrontando con efectividad en el futuro. Con la nueva creencia positiva y la nueva sensación de (fuerza, claridad, confianza, calma). Imagínate entrando en el futuro. Asegúrate de que esta película tenga principio, medio y fin. Nota qué estás viendo, pensando, sintiendo y experimentando en tu cuerpo. Avísame si te encuentras con algún bloqueo. En ese caso, simplemente abre los ojos y*

avísame. Si no encuentras ningún bloqueo, avísame cuando hayas visto toda la película”.

Capítulo 21 / Protocolo de procesamiento de la Traumatización Obsesiva

Antecedentes

Según Shapiro (2001) los síntomas y trastornos actuales son una manifestación de eventos traumáticos pasados no procesados. El protocolo EMDR estándar se sustenta en la base de que el procesamiento de estos eventos tempranos eliminaría los síntomas actuales. Sin embargo, con problemas complejos como el TOC, una aproximación directa puede resultar imposible, como se apuntó anteriormente, indicándose también la serie de causas más comunes que contribuyen a ello. Se ha podido constatar cómo en ciertos casos el procesamiento de algunos eventos tempranos no parece cambiar las obsesiones y compulsiones, a pesar de la naturaleza traumática que subyace en el TOC. Con independencia de las causas que constituyen el origen del trastorno, éste se autoalimenta desde que aparece por primera vez una obsesión y/o compulsión, creando una nueva traumatización que se autoperpetúa con múltiples eventos traumáticos continuados. Cada disparador actual junto a la intrusión obsesiva y las conductas de neutralización puede ser considerado como un “evento traumático” reciente y diferente, que está ligado con otros eventos relacionados y con recuerdos del pasado, que fortalecen y perpetúan patrones de pensamientos y conductas multidimensionales. La TOB está constituida por un número de eventos traumáticos continuados en el tiempo.

La terapia EMDR ha promovido desde sus inicios la investigación que se viene extendiendo en su aplicación hacia otros trastornos con base traumática. En este sentido, se analizan las investigaciones realizadas de cara a mostrar la eficacia de la terapia EMDR en el TOC.

Estas investigaciones se han centrado en distintos objetivos como demostrar la eficacia de: a) EMDR solo; b) comparación de EMDR

con el citalopram o con la terapia cognitivo-conductual; c) combinar la terapia EMDR con TCC (terapia cognitiva conductual) o comparar la eficacia de EMDR+TCC frente a TCC sola; d) diferencias en la terapia EMDR en función de la utilización de diferentes protocolos adaptados.

El propósito de la investigación de Nazari et al. (2011) fue determinar la eficacia de EMDR comparado con la medicación con citalopram en el tratamiento del TOC. Se llevó a cabo un estudio randomizado y controlado con 90 pacientes TOC distribuidos en dos grupos. Durante 12 semanas, o bien recibían citalopram o bien sesiones de EMDR. Ambos grupos fueron evaluados con la escala Yale-Brown antes y después del período del estudio. La puntuación media Yale-Brown del grupo citalopram fue 25.26 y la del grupo EMDR 24.83. Las puntuaciones tras tratamiento fueron 19.06 y 13.6 respectivamente. Hubo diferencia significativa en la puntuación media Yale Brown entre los dos grupos tras el tratamiento, pero el grupo EMDR fue más eficaz que citalopram. La conclusión es que, aunque ambos métodos terapéuticos tuvieron un efecto significativo mejorando los signos obsesivos, parece que a corto plazo EMDR alcanzó un mayor efecto en la mejora de los resultados finales del TOC.

La investigación realizada por Bohm y Voderholzer (2012), mezcla la terapia EMDR con la prevención de respuesta (PR), con distintas combinaciones, a lo largo de 10 sesiones. Se observa que el mayor efecto se produce empezando por EMDR con una imagen resistiendo la compulsión, seguido de una sesión de PR. Bohm considera la aportación de EMDR al TOC dentro de un contexto que integra otras aportaciones, llegando como conclusión de su investigación que el EMDR es un método que potencia la PR.

En su investigación utiliza adaptaciones del protocolo básico EMDR. En la fase 1 plantea como objetivos la motivación del paciente, la selección de dianas, el análisis de comportamiento y la búsqueda de conflictos subyacentes. En la fase 2 se atiende a la estabilización y psicoeducación. Dentro de las fases 3 a 7, se trabajan como dianas los recuerdos traumáticos, los disparadores en imaginación de la situación obsesiva, la imagen estímulo que dispara la compulsión, el disparador real de la situación, el peor

escenario que puede imaginar (catástrofe subyacente), las imágenes mentales automáticas intrusivas (la peor imagen) y la imagen sin hacer la compulsión.

Nijdam, Pol, Dekens, Olff y Denys (2013) estudian también el efecto del EMDR con TCC en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo comórbido (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los patrones de conducta repetitiva, los rituales y las compulsiones pueden evitar la ansiedad y a menudo funcionan como una estrategia de afrontamiento para controlar los recordatorios de eventos traumáticos. Por lo tanto, abordar el evento traumático puede ser crucial para el tratamiento exitoso de estos síntomas.

Un hombre holandés de 49 años de edad recibió tratamiento para el trastorno de estrés postraumático severo y el TOC moderadamente grave como resultado de una violación anal en su juventud por un hombre adulto desconocido. El paciente fue tratado con paroxetina (60 mg), seguido de nueve sesiones de psicoterapia en las que se aplicaron técnicas de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) y técnicas de prevención de la exposición y respuesta (ERP). Durante la psicoterapia, la remisión de los síntomas del TEPT precedió a la remisión de los síntomas del TOC. Se puede concluir que este estudio apoya la idea de una conexión funcional entre el TEPT y el TOC. El procesamiento exitoso del trauma con la consecuencia de reducir la ansiedad ante estímulos recordatorios del mismo, disminuye los síntomas obsesivo-compulsivos.

En la misma línea con lo anterior, Marsden, Lovell, Blore, Alis y Delgadillo (2018) llevan a cabo un ensayo controlado aleatorio que compara EMDR y TCC (terapia cognitivo- conductual) basada en la exposición y la prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo. El método estuvo basado en un ensayo controlado en el que 55 participantes con TOC se asignaron al azar a EMDR (n = 29) o TCC (n = 26). La escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown se completó al inicio del estudio, después del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. Los resultados indicaron que tanto EMDR como TCC tuvieron tasas de finalización y resultados clínicos comparables.

También Mazzon, Pozza, La Mela y Fernández (2017) se centran en investigar el efecto de la TCC combinada con EMDR para el trastorno obsesivo-compulsivo resistente. Es conocido cómo la terapia (TCC) con exposición y prevención de respuesta es la forma de tratamiento más estudiada y empíricamente validada para el TOC. Sin embargo, esta modalidad terapéutica puede ser extremadamente exigente y estresante para muchos pacientes, especialmente aquéllos con síntomas severos de TOC y aquéllos que son particularmente resistentes a las terapias habituales. Por lo tanto, utilizar formas alternativas de intervención, como introducir la terapia EMDR, resulta de un gran interés terapéutico.

El presente estudio describe una serie de casos que concluyen cómo el procesamiento de recuerdos traumáticos y de los contenidos obsesivos puede facilitar el tratamiento en casos resistentes con TOC.

Estudiaron tres casos centrando la atención en cómo permitir que los pacientes regulen sus emociones y en el tratamiento de las sensaciones y cogniciones asociadas con los recuerdos traumáticos. Se administró una intervención híbrida, compuesta por terapias EMDR y TCC. Esto involucró tres formas distintas de tratamiento psicoterapéutico utilizando EMDR y TCC. En dos de los casos se intervino con EMDR y en el otro se combinaron ambos. Durante la primera fase de tratamiento con el primer sujeto, se aplicó EMDR a los contenidos relacionados con los pensamientos del paciente (obsesiones de contaminación). El segundo paciente (con obsesiones de agresión) fue tratado con TCC y EMDR administrados por primera vez en un hospital de día y posteriormente como tratamiento ambulatorio; con el tercer paciente, EMDR también se administró en régimen ambulatorio, durante un plan de prevención de recaídas.

Los resultados indican que los tres pacientes mostraron una reducción clínica significativa en los síntomas. Se puede concluir que el EMDR podría ser un método útil para implementar los tratamientos actuales cuando se combina con TCC y también para pacientes con TOC resistentes.

Marr (2012) presenta los resultados de 2 experimentos, cada uno de los cuales investiga un protocolo EMDR diferente para el TOC.

Cada experimento se lleva a cabo con dos participantes hombres y jóvenes, con TOC de larga duración que no remitía. Desarrollaron 2 adaptaciones del protocolo EMDR: el Protocolo Adaptado de Fobias EMDR de Shapiro y el Protocolo Adaptado de Fobias EMDR con vídeo playback. La tesis en que se fundamenta es la visión teórica de que el TOC es un trastorno que se autoperpetúa con compulsiones, obsesiones y disparadores actuales que refuerzan y mantienen el trastorno. Ambas adaptaciones empiezan por abordar las obsesiones y compulsiones actuales, en lugar de trabajar con recuerdos del pasado. Los 4 participantes recibieron de 14 a 16 sesiones de una hora, sin tareas para casa. Fueron evaluados con La escala Yale-Brown, con puntuaciones en pretratamiento en el rango extremo (media=35.3). La mejoría de los síntomas se evaluó por los participantes tras 2-3 sesiones. Las puntuaciones postratamiento estuvieron en rango subclínico/medio para todos los participantes (media =8.5). La valoración del seguimiento se realizó a los 4-6 meses para la evaluación del mantenimiento del efecto (media = 7.5). La reducción de los síntomas fue del 70,4% en postratamiento y 76,1% en el seguimiento para el Protocolo Adaptado de Fobias EMDR y del 81,4% en el postratamiento y seguimiento del Protocolo Adaptado de Fobias EMDR con video playback.

El experimento 1 se aplicó a 2 casos previamente tratados con PR sin éxito, por medio del Protocolo adaptado de fobias. La desensibilización de dianas se ajustó a la secuencia: disparadores actuales de obsesiones y compulsiones (peor parte sin CN) seguido de protocolo de futuro imaginando éxito en la compulsión; los recuerdos relacionados perturbadores del pasado, si salen. Después se procede a instalar la creencia positiva común.

El experimento 2 se aplicó también a 2 casos previamente tratados con PR sin éxito, por medio del Protocolo adaptado de fobias con vídeo playback (presente, pasado, futuro). Una de las diferencias con el experimento anterior es que para trabajar con la diana se le pide al paciente que pase una película parando en el momento que nota perturbación. Se usa protocolo estándar. La desensibilización de dianas se ajustó a la secuencia: disparadores actuales de obsesiones y compulsiones; recuerdos relacionados perturbadores

del pasado, si salen; protocolo de futuro imaginando éxito en la compulsión. Los resultados indican que el experimento 2º es más eficaz que el 1º.

Keenan, Farrell, Keenan y Ingham (2014) consideran el TOC como un trastorno biopsicosocial y cultural que incluye genética, anomalías neurocerebrales, experiencias traumáticas y el desarrollo de creencias disfuncionales aprendidas con frecuencia de otros y del entorno. En su investigación mediante el estudio de una serie de casos explora el impacto del EMDR con 8 clientes diagnosticados con TOC, quienes a pesar de haber recibido tratamientos previos con terapia cognitivo-conductual seguían siendo sintomáticos. Se llevaron a cabo 8 sesiones donde se abordaron como dianas para el reprocesamiento con EMDR los recuerdos traumáticos (al principio del trastorno o factores de mantenimiento), los disparadores externos e internos de obsesiones y compulsiones, las intrusiones, los conflictos y dinámicas subyacentes y los elementos catastróficos.

La metodología de investigación fue Etno-Fenomenología. Los resultados psicométricos destacan un efecto prometedor de la Terapia EMDR en la reducción de la ansiedad, la depresión, las obsesiones, las compulsiones y los niveles subjetivos de perturbación.

Cusimano (2018) presenta la investigación de un estudio de caso de tratamiento de trastorno obsesivo-compulsivo con EMDR. La mayor parte de la evidencia empírica que respalda la eficacia de la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) ha sido con personas que padecen trastorno por estrés postraumático (TEPT). Este estudio de caso informa sobre el tratamiento exitoso del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en un varón de 13 años que utiliza el enfoque estándar de tres vías de EMDR en un entorno de práctica privada. El protocolo actual abordó el evento de piedra de toque inicial, el nivel actual de angustia relacionado con ese evento, así como la anticipación y planificación para futuros eventos temidos. El participante recibió 15 sesiones de EMDR. En el seguimiento posterior al tratamiento de 90 días, hubo una disminución sustancial en los síntomas del TOC (de moderado a subclínico) según lo medido por la Escala de Yale-Brown de los

niños, lo que indica un enorme efecto ($d = 0,81$). El estudio utiliza el enfoque de tres frentes (pasado, presente y futuro) de EMDR indicando que puede ser una herramienta eficaz.

Introducción al procesamiento de la Traumatización Obsesiva (eventos obsesivo- compulsivos)

Como se ha ido poniendo de manifiesto a lo largo del libro, se comparte la idea de Bohm y de otros investigadores de considerar la aportación de la terapia EMDR al TOC dentro de un contexto que integra otras aportaciones, sin menoscabo del papel preponderante que sustenta el reprocesamiento de las memorias traumáticas en el tratamiento del TOC. El TOC es un trastorno biopsicosocial que incluye anomalías cerebrales y déficits en habilidades de regulación, experiencias traumáticas, creencias disfuncionales aprendidas y procesos de condicionamiento complejo.

La sintomatología obsesivo-compulsiva que presenta un paciente forma parte de un evento con múltiples eventos traumáticos continuados a lo largo del tiempo. Se puede considerar que cada evento obsesivo está constituido por una serie de subeventos en relación a una determinada catástrofe, que conforman la Traumatización Obsesiva.

Por ejemplo, una paciente presentaba tres tipos de temores obsesivos: el temor a la enfermedad tiroidea, el temor a fallar como madre y el temor a padecer una enfermedad mental. El temor a la enfermedad tiroidea se manifestaba con la obsesión ¿y si he empeorado?, que apareció después de tener un choque anafiláctico que le afectó el funcionamiento de la tiroides (este trauma es el evento precipitador del temor que subyace a la obsesión). La obsesión se disparaba cuando se despertaba temprano por la mañana y en la cama recordaba que tenía que hacerse una analítica, que en este caso es un estímulo fóbico asociado al temor obsesivo. El temor a fallar como madre se manifestaba como una imagen mental obsesiva donde se veía agrediendo al hijo con objetos, y los disparadores más comunes eran cuando le oía llorar o gritar. Este temor a ser una mala madre se alimentaba en la creencia perfeccionista de que una buena madre no puede hacer ni

decir nada que pueda provocar que sus hijos sufran para no traumatizarlos.

La Traumatización Obsesiva puede ser considerada como un caso de estrés traumático continuado donde no hay un período de seguridad post-trauma (Shapiro, 2011), comenzando desde que aparece la primera obsesión y/o compulsión hasta el presente. Se genera una red de memoria acumulativa donde el continuum de estresores, en este caso los aspectos involucrados en el proceso obsesivo-compulsivo, no le brindan a la memoria el tiempo suficiente para consolidarse como un todo integrado, permaneciendo esas redes en un estado de excitación permanente.

Una vez que se inicia la primera obsesión, la persona empieza a tener repetidos episodios de activación del proceso obsesivo-compulsivo, generadores de un elevado estrés que se extiende a lo largo del tiempo.

Por lo tanto, *se considera la Traumatización Obsesiva como un conjunto de aspectos en torno a la sintomatología obsesivo-compulsiva, que discurren desde el inicio del problema hasta la actualidad, incluyendo lo más catatrófico que puede imaginar el paciente y las acciones que no puede llevar a cabo.* Los blancos que hay que abordar en el reprocesamiento constituyen un continuum de puntos de perturbación (PP) en torno a los aspectos involucrados en los procesos obsesivo-compulsivos que arrancan desde la primera experiencia obsesivo-compulsiva, se extienden al presente y se proyectan hacia el futuro.

La Traumatización Obsesiva constituye una red de información con diversos elementos como obsesiones, compulsiones, disparadores, emociones, sensaciones o percepciones perturbadoras, creencias inadaptativas y errores lógicos (atribución de responsabilidad, sobrevaloración de las consecuencias, interpretaciones catastrofistas, etc.), conductas de neutralización físicas y mentales, acciones que no puede llevar a cabo.

Como se planteó anteriormente, las obsesiones y compulsiones tienen tanto la finalidad de prevenir, controlar o evitar temores conscientes como la intencionalidad de evitar la conciencia de los temores que subyacen, que pueden abarcar incluso parte/s sin integrar.

Esta es una razón por la que en determinados pacientes la extinción de las obsesiones puede activar la amenaza de tomar conciencia de estos miedos subyacentes o partes temidas, lo que plantea que no siempre está indicado abordar el proceso obsesivo en etapas iniciales de la terapia. Es por ello por lo que antes de implementar este subprotocolo EMDR de procesamiento de la TOB se pregunta al paciente qué nota si imagina que su tratamiento de TOC fuera un éxito.

Un hecho frecuente es, a pesar de conocer las habilidades para el afrontamiento adaptativo de los procesos obsesivos, que el paciente no es capaz de implementarlas, debido a la existencia de factores limitantes que es necesario abordar. Estos factores explican que entre el 15% y 40% de los pacientes no respondan a las técnicas cognitivo-conductuales. El tratamiento de exposición con prevención de respuesta se vive como muy estresante. Es difícil motivar al paciente obsesivo para someterse al tratamiento debido a sus dificultades, no sólo para regular sus emociones, sino también como consecuencia de las fobias afectivas y el temor a las acciones mentales que pueden llegar a extenderse incluso a partes de sí mismo.

Es importante que el paciente comprenda el objetivo de estos ejercicios de reprocesamiento y asegurarnos de que tenga expectativas realistas en cuanto a los posibles resultados. Si se reprocesan los componentes de los eventos obsesivo-compulsivos, el resultado es que ante los estímulos disparadores el paciente va a ser capaz, en el presente, de realizar la prevención de respuesta.

Una vez que se ha desencadenado una obsesión, se va a activar el circuito con las redes neuronales que implican ciertas emociones, sensaciones y las respuestas mentales y conductuales que constituyen las conductas de neutralización, reforzándose los caminos neuronales del circuito bloqueado. El EMDR permite reprocesar los aspectos limitantes y alimentadores del proceso obsesivo-compulsivo y conectar este circuito con información adaptativa, desbloqueando el proceso. A la vez que, si el paciente comprueba a través de este trabajo que la estimulación bilateral (EBL) alivia, desbloquea y produce cambios positivos, va a entender mucho mejor el efecto de procesar un recuerdo doloroso.

Características del módulo adaptado EMDR para el reprocesamiento de la Traumatización Obsesiva

Este protocolo, se aplica tanto en un nivel macro (TOB) como en otro nivel micro (aspectos implicados en cada evento obsesivo-compulsivo). Sin embargo, el clínico puede considerar que en determinados casos es preferible flexibilizar la aplicación de este subprotocolo y comenzar directamente reprocesando la obsesión más incapacitante o un determinado disparador.

La red de memoria constitutiva de la Traumatización Obsesiva incluye, como *recuerdos del pasado* que se extienden *hasta el presente*, los eventos de la primera vez que apareció una obsesión, los más perturbadores y los que existen en la actualidad. Cada evento obsesivo-compulsivo está constituido *por varios aspectos* como *disparadores, la obsesión, emociones, sensaciones, percepciones, impulsos, compulsiones, defensas, creencias inadaptativas, la catástrofe que subyace y acciones que no pueden llevar a cabo*.

Para llevar adelante el reprocesamiento de los componentes constituyentes de un evento de la TOB (recuerdos, obsesiones, compulsiones, disparadores, emociones, sensaciones y percepciones perturbadoras, defensas, creencias inadaptativas, catástrofes temidas, acciones que no se pueden llevar a cabo, etc.) se introducen adaptaciones de varios protocolos. Objetivos de este trabajo son desbloquear la información constitutiva del proceso obsesivo-compulsivo como consecuencia de la TOB, y conseguir implementar estrategias de afrontamiento adaptativas frente a los disparadores de la obsesión en el presente.

Varios son los protocolos en los que se inspira el módulo de reprocesamiento de la TOB, dentro del protocolo EMDR adaptado para TOC. Entre estos protocolos se encuentran el protocolo adaptado de fobias con video playback, el protocolo de eventos traumáticos recientes (PETR), el protocolo del estrés traumático continuado (PRECI) que avala su eficacia en varias investigaciones (Jarero, Artigas y Luber, 2011), el protocolo de tolerancia a la

angustia, la caja de herramientas EMDR que hace blanco en las defensas y conflictos de estados de ego, y la estrategia EMDr.

La información necesaria para la fase 1 se obtiene a través de la Entrevista estructurada que recoge la historia y evolución del problema obsesivo-compulsivo.

En el trabajo con los obsesivos, la fase 2 del Protocolo EMDR para TOC incluye algunos módulos que aportan recursos y habilidades que pueden ser utilizados como entretejidos en este protocolo de Reprocesamiento de la TOB.

Este protocolo trabaja tanto a un nivel macro con todo el problema obsesivo desde el inicio hasta la sintomatología obsesivo-compulsiva que presenta en la actualidad el paciente; y a un nivel micro con los aspectos que conforman cada evento.

Se incluyen todos los eventos con los aspectos que los determinan y que constituyen la TOB. Los disparadores del presente son las situaciones, personas, estímulos que en los últimos días han activado en el paciente obsesiones y/o compulsiones o en los cuales no ha sido capaz de llevar a cabo la prevención de respuesta o de evitar exponerse a un estímulo o situación. El patrón a futuro se lleva a cabo por medio de un vídeo donde se exponen a los disparadores de la obsesión adaptativamente y se imagina llevando a cabo las acciones que no era capaz de realizar.

Fase 3: evaluación a nivel macro

Un primer paso es que el terapeuta, junto al paciente, describan y registren los eventos relevantes del problema obsesivo-compulsivo constituyentes de la TOB.

Aunque antes de realizar este paso, el paciente debe tener información acerca de los componentes que conforman un proceso obsesivo-compulsivo y saber cumplimentar el Registro Funcional del TOC.

Otro aspecto importante a chequear previamente, ya mencionado con anterioridad, es si existen partes que no quieren abordar el problema obsesivo-compulsivo. En determinados casos, la mejoría en obsesiones y compulsiones desemboca en un recrudecimiento del problema obsesivo o en el abandono de la terapia.

Los eventos a describir por el paciente se encuentran a lo largo de un continuum en torno a los procesos obsesivo-compulsivos. Este

protocolo propone comenzar la narración en un orden similar al protocolo de fobias, con el evento de toque inicial obsesivo, seguir con los eventos más perturbadores, continuar con los actuales y acabar con lo más catastrófico que puede imaginar que ocurra. Sin embargo, cada uno de estos eventos incluyen aspectos que el paciente tiene que conocer para poder reflejar en la narración y que se indican más abajo.

- Recuerdo del evento donde aparece la primera obsesión y/o compulsión (origen de la TOB). Incluye el disparador que puede ser externo o interno, la intrusión y cualquier otro aspecto perturbador que recuerde el paciente como emociones, sensaciones, percepciones y conductas de neutralización tanto mentales como conductuales.
- Recuerdo del evento donde vive el proceso obsesivo-compulsivo más perturbador con el disparador que puede ser externo o interno, la intrusión y cualquier otro aspecto perturbador que recuerde el paciente como emociones, sensaciones, percepciones y conductas de neutralización tanto mentales como conductuales.
- Evento obsesivo-compulsivo actual que incluye los disparadores externos o internos, el evento alimentador de la fobia del disparador, la intrusión, aspectos perturbadores como emociones, sensaciones, percepciones, conductas de neutralización tanto mentales como conductuales, aspectos cognitivos como creencias inadaptativas y errores lógicos, acciones que no puede llevar a cabo y lo más catastrófico que puede imaginar que ocurra.

Una vez cumplimentado el paso anterior, este subprotocolo comienza, a nivel macro, con la lectura por parte del terapeuta al paciente de la descripción de estos eventos del problema obsesivo-compulsivo.

Se comienza en la fase 3 a un nivel macro en un orden similar al del protocolo de fobias, narrando el terapeuta toda la experiencia con el evento de toque inicial obsesivo, para seguir con el evento más perturbador, continuar con los actuales, lo más catastrófico que pueda imaginar y realizando las acciones que no puede llevar a cabo en la actualidad. Dentro de cada evento obsesivo-compulsivo se leen los distintos aspectos que el paciente ha podido recordar.

En este primer paso el terapeuta narra en voz alta al paciente la descripción de todo el problema obsesivo-compulsivo especificando los aspectos constituyentes que haya podido recordar, mientras aplica EBL continua. Debe comenzar con la primera experiencia obsesivo-compulsiva e ir recorriendo la historia del trastorno, con los aspectos involucrados que pueda identificar como son el disparador, el evento alimentador de la fobia del disparador, la intrusión, compulsión y otras conductas de neutralización, y elementos perturbadores como emociones, aspectos sensoriomotrices o las creencias involucradas, así como la imagen llevando a cabo las conductas que no puede realizar en el presente (PR y conductas de evitación) y la de lo más catrastrofico que teme.

Se comprueba después el SUD de todo el episodio a nivel macro.

En este segundo paso, también con EBL continua, se identifican los puntos de perturbación (PP) dentro del continuum de eventos que constituyen la TOB, como si se tratara de una búsqueda en Google en el ordenador.

Una vez identificado el primer punto de perturbación (PP), se pasa a trabajar a un nivel micro.

Fase 3: evaluación a nivel micro

Como se apuntó previamente, cada punto de perturbación (PP) constituye una diana. Todo PP identificado se convierte en fragmento de diana a ser valorado. En este protocolo no se sigue un orden cronológico para el procesamiento de los PP. En función de la naturaleza del fragmento perturbador se obtiene información específica para montar la diana, como se indica a continuación.

Blanco: imagen de un recuerdo

Si el fragmento de diana (PP) a valorar es la imagen de un recuerdo como el evento alimentador o una situación disparadora de la obsesión, se procede de igual forma que en el protocolo básico preguntando acerca de la imagen que representa el peor momento de ese fragmento, la creencia negativa y positiva, VOC, emociones, SUD y la sensación en el cuerpo.

Blanco: información emocional o sensoriomotriz

La información emocional o de tipo sensoriomotriz perturbadora puede estar relacionada con diversos aspectos involucrados en el proceso obsesivo-compulsivo. Puede ser un disparador

interoceptivo de la obsesión, la manifestación del impulso obsesivo, la manifestación en el cuerpo de una emoción perturbadora o de una defensa.

Si el peor fragmento es información emocional o sensorial, el paciente puede tener dificultades para traer una imagen, una creencia negativa (CN) o una emoción. A la hora de pedir al paciente una creencia negativa en relación al fragmento perturbador, si se encuentran dificultades debido a que los pensamientos, las emociones o las situaciones parecen ser muy confusas o complejas, según Shapiro, se puede continuar sin la creencia negativa, siendo suficiente con medir el SUD.

Se monta el blanco con o sin imagen, las palabras que expresan la creencia negativa, en caso de que sea posible, y las sensaciones. Se le pregunta al paciente acerca de las emociones que siente, y por último, que observe su cuerpo y nos reporte el nivel de perturbación que siente en el momento y en la parte del cuerpo dónde siente la perturbación.

Si el PP del blanco que se está procesando es información emocional, se puede utilizar la imagen del recuerdo o situación que lo evoque o una imagen o dibujo que lo represente, conforme se mostró en capítulos anteriores, las palabras que expresan la creencia negativa, en caso de que sea posible, y las sensaciones.

Blanco: intrusión mental obsesiva

Si el peor fragmento es un pensamiento obsesivo, se monta el blanco con la obsesión y con una imagen, en caso de que surja al traer la obsesión a la mente. En principio, como creencia negativa se buscan las palabras que expresan la metacognición acerca de la obsesión, las emociones que siente, y la parte del cuerpo donde siente la perturbación.

Si la intrusión es una imagen, se monta el blanco con la parte peor de la imagen, la metacognición, las emociones y la parte del cuerpo donde siente la perturbación.

Algunas de las metacogniciones más frecuentes en el TOC, adaptadas del Cuestionario ICO, vienen reflejadas en el Anexo del capítulo de evaluación.

Se muestra a continuación un ejemplo con el caso nº 8: el disparador es tocar los libros de su biblioteca, la obsesión es ¿y si lo

contamino o deterioro todo? y la compulsión consiste en lavarse las manos.

Con el listado de metacogniciones revisamos cuál le resuena más cuando traemos el disparador y la obsesión a la mente. Una vez elegida la metacognición, la transformamos en una creencia nuclear, que nos sirve para establecer el blanco:

Imagen delante de su biblioteca (disparador)- ¿Y si contamino o deterioro mis libros? (obsesión)-"Cuando pienso que voy a contaminar o deteriorar algo, estoy provocando que ocurra" (CN)

Reprocesar estos aspectos junto con las sensaciones suele tener un gran impacto de cara a la reducción de las compulsiones.

Después se pasa a reprocesar la obsesión buscando la creencia negativa sobre sí mismo.

Blanco: defensas

Dentro de los procesos obsesivos, conductas de neutralización como la evitación de situaciones y del pensamiento obsesivo, o la hipertrofia de la función racional son ejemplos de defensas. Para abordarlas se puede seguir el método de las herramientas de trabajo con las defensas, focalizándose en la defensa, el nivel de deseo de la misma y su localización en el cuerpo.

Fase 4: desensibilización a nivel micro de los puntos de perturbación

Se comienza la desensibilización/reprocesamiento de los distintos puntos de perturbación, empezando por el más perturbador y se adapta la estrategia de procesamiento a la naturaleza del fragmento de diana, limitándose las asociaciones.

Sabemos que en la estrategia EMDR el procesamiento se extiende a toda la vida del paciente sin limitaciones en las cadenas de asociación, mientras que en la estrategia EMDr se reduce el procesamiento del PP a las cadenas de asociaciones que están relacionadas con un episodio completo, que en este caso abarca la TOB. Se siguen los mismos pasos que en el protocolo estándar hasta que el SUD sea cero o tenga valor ecológico. Las tandas de estimulación bilateral pueden ser largas, por encima de 30.

Se recomienda trabajar antes con el paciente habilidades de manejo emocional y recursos, dentro de la fase 2 del Protocolo EMDR para TOC. En caso de que se produzcan bloqueos, en

función del tipo de elemento que constituye el PP, se pueden introducir estas habilidades y recursos como entretejidos específicos para facilitar la conexión con información adaptativa.

Mientras que el paciente reporte cambios o nueva información (perturbadora o adaptativa), se continúa alternando tandas de EBL con los informes del paciente, hasta que deje de reportar cambios durante dos tandas seguidas de EBL o que la asociación se desvíe del evento de la TOB.

Se muestran a continuación algunas adaptaciones, según la naturaleza del fragmento perturbador (PP).

Disparador exteroceptivo de la obsesión

Si el PP que se está reprocesando es un disparador exteroceptivo, se solicita al paciente que se centre en el aspecto de la imagen más perturbador, la creencia negativa y la sensación.

Información emocional o sensoriomotriz

Si el PP del blanco que se está procesando es información emocional o sensoriomotriz, se puede utilizar la imagen del recuerdo o situación que lo evoque o un dibujo que lo represente, las palabras que expresan la creencia negativa, en caso de que sea posible, y las sensaciones.

Puede ser útil tener preparados dibujos, imágenes o recuerdos que reflejen o prueben al paciente que posee los recursos necesarios para abordar, reducir o controlar ese estado, que se puedan utilizar como entretejidos, en caso necesario.

En este sentido, también se le puede pedir al paciente que implemente habilidades de manejo emocional o recursos. Al igual que en el Protocolo de Tolerancia a la Angustia de Leeds, se busca una creencia positiva respecto a sí mismo en relación a esa emoción o sensación perturbadora.

La obsesión

Si se está trabajando la obsesión, se monta el blanco con el pensamiento o imagen obsesiva, de la manera que se indicó anteriormente en la fase de evaluación, usando, para comenzar, las palabras que expresan la metacognición como creencia negativa, emoción y la sensación corporal.

Hay que tener en cuenta que antes de desensibilizar/reprocesar la fobia a la obsesión puede estar indicado hacer un trabajo previo con

la metacognición asociada.

La metacognición alimenta el poder y el miedo a la propia obsesión. Esta creencia suele reflejar el sentimiento de realidad con que se vive el pensamiento obsesivo y, como consecuencia lógica, el tener que hacer algo para evitar el peligro que encierra. Para las personas que sufrieron apego temprano desorganizado y trauma en la infancia, puede ser más real el pensamiento que la realidad.

Bateman y Fonagy (2004) definen dos modos primitivos de percepción de los estados mentales que pueden explicar el efecto de la metacognición que alimenta una obsesión. Un método que denominan “equivalencia psíquica”, iguala lo interno con lo externo de forma que lo que existe en la mente ha de existir en el mundo externo y lo que existe afuera ha de existir en la mente. El otro método, denominado “el modo ficticio”, consiste en desacoplar el estado mental interno de los eventos que se producen en el mundo externo.

Dentro de estas metacogniciones está la distorsión “fusión pensamiento-acción” que consiste en confundir el pensamiento con la acción (Freeston, Landouceur, Gagnon, y Thiboudeau, 1993; McFall y Wollersheim, 1979; Rachman, 1995; Racham, Thordarson, Shafran y Woody, 1995; Salkovskis, 1989). El paciente cree que, si siente que va a hacer daño a alguien, lo hará.

Hay obsesivos que pierden la noción de si lo que han pensado ha sido un pensamiento o lo han hecho en realidad. Una paciente que estaba en la cocina con un cuchillo y le viene la imagen clavándoselo al bebé que está en la habitación de al lado llorando, después de ir a comprobar cómo está el bebé, se pregunta de nuevo ¿he ido o lo he pensado? O también podría preguntarse ¿y si lo he hecho sin darme cuenta?

Otra distorsión “fusión pensamiento-acción de tipo probabilidad” es creer que el pensamiento hace que suceda algo, que ya está sucediendo o que va a suceder, como si el simple hecho de pensar aumentara la frecuencia de que suceda.

La distorsión “fusión pensamiento-acción moral”, hace que la persona crea que tener un pensamiento es tan malo como hacerlo, por lo que se siente tan culpable como si hubiera realizado la acción.

En la “fusión pensamiento-objeto”, el paciente cree que, si piensa, recuerda o siente algo, se puede transmitir o comunicar a través de objetos.

Abordar la metacognición supone realizar un trabajo que puede incluir diversas intervenciones como por ejemplo utilizar un experimento conductual para rebatirla, psicoeducación, nueva información, autoexposición al pensamiento, la técnica socrática, la técnica de las dos manos, la técnica del continuo o el uso de recursos, en unión de EBL.

La técnica del continuo está indicada para desafiar la creencia de que pensar algo es tan malo como hacerlo. Se pide al paciente que en una escala donde 0 es la persona más moral y 100 es la persona más inmoral, se califique por tener el pensamiento obsesivo. Luego se le vuelve a pedir que califique la moralidad de otras acciones como maltratar a un animal o a una persona, robar, abusar sexualmente, asesinar, etc. Después se le pide que vuelva a juzgar la inmoralidad de su pensamiento obsesivo en comparación con las otras acciones.

En las siguientes líneas se muestra un ejemplo para evaluar la metacognición de una obsesión, mediante un extracto de la Estrategia de conceptualización de casos TOC a partir de la entrevista y las técnicas flotar con un paciente donde puede observarse la aplicación de la técnica de la flecha descendente en relación a la estructura de temores implicados en el TOC.

El paciente (caso nº8) presenta obsesiones referentes a poder deteriorar, contaminar objetos de su pertenencia como libros, documentos, ropa; compulsiones de lavado y conductas de evitación.

T: *Cuando te viene la obsesión “y si contaminao o deterioro una pertenencia propia como un libro”. ¿Qué es lo que temes por el hecho de pensarlo?*

P: *“Si lo pienso es real”*

T: *Todo el mundo puede tener, en algún momento, pensamientos acerca de poder deteriorar algún objeto. El problema para ti es que das valor de realidad a esos pensamientos obsesivos, que se alimenta de la metacognición “si lo pienso, es real”*

Me gustaría que pienses ahora en la obsesión, “¿y si contamina o deterioro mis cosas de forma irreparable?” o en la consigna “no puedo deteriorar mis posesiones”. Si imaginas que ocurriera eso que temes y te prohibes, ¿qué es lo que más temes de eso? (miedo alimentador del contenido obsesivo)

P: Fallar por contravenir mis propias normas, que son una autoimposición impacable. De pequeño mi padre me decía que no servía para nada, siendo el 1º de la clase y mi tía me decía para qué venía con 9,5, si existe un 10. Esto me generó miedo intrínseco

T: ¿Y qué es lo peor, lo que más sufrimiento generaría eso?

P: Que sea un fallo irreparable

T: ¿Cuáles son las peores consecuencias que imaginas se pueden derivar si ocurriera eso que más temes?

P: Se me desmorona todo

T: ¿Cuáles son las peores consecuencias internas que imaginas se pueden derivar si ocurriera eso que más temes?

P: Malestar terrible que permanece en la memoria y estigmatización del objeto dañado. Recuerdo un día en verano, con un libro de mi padre en la página 89, lo manché al tener sudada la mano. Y eso era terrible, porque al ser el libro de mi padre le había dado un valor sacro

T: Háblame del malestar

P: Me genera mucho sufrimiento. Te voy a contar que tenía mucho miedo, pánico a volar. Y tenía que volar a Sudamérica. Me dije que, aunque podía sufrir mucho durante el vuelo, sería solo durante un tiempo, pero no 13 horas, porque el cuerpo no lo aguanta. Fue el mejor viaje de mi vida. Se me pasó el miedo a volar (recuerdo que es un recurso)

T: ¿Y no has pensado que esa actitud te puede ayudar a superar el sufrimiento de la obsesión? En este problema asocias el sufrimiento que te genera el malestar al pensamiento obsesivo. Podrías romper la conexión entre la obsesión de pensar que puedes deteriorar algo de tu pertenencia y el malestar, como hiciste con volar. Esto alimenta las compulsiones para no sufrir las consecuencias de que ocurra lo que piensas. Si te digo ahora mira hacia un libro tuyo y piensa “si lo cogo, lo puedo deteriorar de forma irreparable, ¿notas malestar?

P: *Me suda la mano*

T: *¿Qué dice el sudor de tu mano?*

T: *No lo hagas*

T: *¿Entonces, el sudor de la mano tiene que ver con lo que piensas o con haberlo cogido realmente?*

P: *No lo he cogido, pero me he visto cercano a coger el libro*

T: *Si piensas ¿“y si se funde la bombilla”, que sientes?*

P: *Me siento fatal, pero es solo el momento en qué lo estoy pensando*

T: *¿Y sientes real ese pensamiento?*

T: *Sí, lo creo al pensarlo porque me afecta emocionalmente, pero se me pasa enseguida*

En este punto, se le pide al paciente que traiga un pensamiento o imagen que evoque emociones gratificantes y también lo vive como real.

T: *Me acabo de dar cuenta de que le das valor de realidad a todos los pensamientos que te producen un sentimiento, sea de índole gratificante o aversiva*

P: *Creo que todos hacemos esto*

T: *No es así para todos. El que un pensamiento o imagen evoque emociones, no es ninguna prueba de realidad. Cuando el pensamiento te produce una emoción gratificante, aunque le das valor de realidad, no haces nada para combatir o prevenir, solo vives el bienestar. Sin embargo, cuando el pensamiento te genera una emoción negativa, como para ti es sinónimo de realidad, actúas de la misma manera que actuarías ante la realidad para aliviarte del malestar. ¿Te das cuenta?*

P: *Sí*

T: *¿Puedes pensar eso, mientras haces MO?*

P: *Me da mucho miedo la obsesión, es verdad. Además, el miedo tiene consecuencias desastrosas, efectos devastadores. Y las precauciones están en consonancia de la magnitud de los efectos*

T: *Se observan dos causas que mantienen el problema obsesivo-compulsivo, la metacognición de “si un pensamiento me afecta, es real” y el temor a las consecuencias de sentir miedo. Tenemos que abordar estos aspectos*

Para desmontar la metacognición se podría utilizar la técnica de autoexposición a la obsesión como experimento conductual. Y cuando la obsesión no genere ya malestar, valorar de nuevo el grado de realidad que siente. Después utilizar EBL con entretejidos del tipo ¿te estás dando cuenta de algo? ¿cómo es posible que la realidad dependa de algo interno como las emociones?, etc.

En otro orden de cosas los recursos se pueden investigar a través de preguntas del tipo: ¿qué es lo que necesitarías o te gustaría creer acerca del valor de realidad de la obsesión? ¿Qué experiencias propias o de otras personas te procuran la prueba de esa creencia? Si el paciente no puede obtener esta información, otra forma sería pedirle que piense en la creencia o sentimiento evolutivo necesario (metacognición adaptativa acerca de la obsesión) y que imagine cómo sería “tener esa creencia”. A medida que se desarrolla gradualmente una imagen verbal, con sus estímulos afectivos y sensoriales asociados, se pueden usar tandas cortas de estimulación bilateral para comenzar a instalar estas asociaciones con cauta atención a la posible aparición de emociones e imágenes intrusivas.

También hay que recordar que cuando el fragmento perturbador es la obsesión, se busca como creencia positiva una metacognición adaptativa acerca de la obsesión.

El siguiente paso es el reprocesamiento del PP del blanco, pensando, imaginando o sintiendo la obsesión, con la metacognición acerca de la obsesión como creencia negativa, la emoción, el nivel de perturbación y dónde lo siente el paciente en el cuerpo.

Si aparecen conductas de neutralización, físicas o mentales, que se mantienen durante 2 tandas, antes de volver al blanco está indicado introducir entretejidos que pueden ser afirmaciones positivas que desmontan la metacognición, pruebas de realidad, imágenes del vídeo “cambia tu mente”, o los recursos instalados en el trabajo previo con la metacognición, por ejemplo.

Si las conductas de neutralización son de índole mental, consisten en respuestas defensivas mentales que se pueden abordar con herramientas EMDR, partiendo de preguntas del tipo: ¿cuánto no deseas pensar (el contenido de la obsesión) y la sensación física?

Después se pasa a reprocesar la obsesión con la creencia negativa sobre sí mismo asociada, siguiendo el protocolo.

Situación de prevención de respuesta

Si el PP que se está reprocesando es la situación de prevención de respuesta donde el paciente se imagina exponiéndose sin realizar conductas de neutralización, se parte de la imagen más perturbadora, la creencia negativa y la sensación. Si aparecen bloqueos relacionados con las conductas de neutralización, antes de volver al blanco, es conveniente el uso de entretejidos como pueden ser recursos relacionales (sabio interno, yo futuro libre, figuras de apoyo), modelos, o si los hay, recuerdos del paciente libre de esas conductas. En algunos casos pueden aparecer defensas que se oponen al cambio, por lo que habría que abordarlas con herramientas EMDR.

Ejemplo (caso nº1) que muestra cómo llevar a cabo el trabajo con las respuestas defensivas mentales frente a la obsesión

P: *Me estoy dando cuenta de que en realidad no quiero pensar en la obsesión de que haya podido pasar una desgracia por no haber comprobado esta mañana si había algo en la calzada*

T: *Trae a tu mente la idea de que puede pasar una desgracia por no haber comprobado esta mañana si había algo en la calzada. ¿Cuánto no deseas pensar en eso? En una escala del 0-10*

P: *No quiero digamos que 9*

T: *Date cuenta de dónde está físicamente ese sentimiento de “no quiero pensar”*

P: *Es como una presión en la frente que se extiende hacia arriba de la cabeza*

T: *Quédate con eso. Solo date cuenta de cuánto no quieres pensar eso ahora mismo EBL*

P: *No quiero pasarlo mal, sentir que tengo la culpa. EBL*

P: *Siempre me he sentido culpable de no ser capaz de solucionar problemas. EBL*

P: *Sólo sé que no quiero pensar ciertas cosas. EBL*

P: *Noto angustia en el estómago. EBL*

P: *Es absurda esta lucha. EBL*

P: *No tiene sentido seguir así*

T: *Dime cuánto no quieres pensar, deseas evitar ese pensamiento obsesivo ahora*

P: 6

T: *Quédate con eso. Sólo date cuenta de cuánto no quieres pensar eso ahora mismo. EBL*

P: *Pero quiero porque quiero estar mejor. EBL*

P: *Si lo afronto, el miedo desaparece. EBL*

P: *Siento mucha menos angustia. EBL*

P: *Ahora tengo recursos que funcionan*

T: *Dime cuánto no quieres pensar, deseas evitar esos pensamientos obsesivos ahora*

P: 0

Ejemplo de aplicación con PP: información emocional

En este ejemplo el blanco es la peor parte de un estado emocional. La paciente, una mujer de 35 años, divorciada y sin hijos, tiene un problema de miedo obsesivo a que le hagan determinadas preguntas. Disparadores son las situaciones que impliquen contacto social, que evita como conducta de neutralización. Un dato relevante de su historia es que fue abusada cuando tenía 8 años por un primo de 14 años.

Se muestra cómo empezar el proceso desde el primer paso, para luego abordar este primer blanco que es el primer PP que elige.

T: *Hazme, por favor, una breve descripción de lo que sucedió desde que aparecieran tus miedos obsesivos, el peor que recuerdes y la ocasión más reciente donde tuviste una obsesión y/o llevaste a cabo una conducta de neutralización*

La descripción que hizo la paciente y que el terapeuta leyó en voz alta, con EBL continua fue: “*empecé a notar que cuando salía a la calle me ponía nerviosa y colorada. Después me venían ideas, que no podía controlar, acerca de si me iba a poner nerviosa y colorada. El problema se agravó cuando estaba en clase y me venía la obsesión ¿y si me pregunta la profesora y me pongo colorada?*”

Otras cosas que también agravaron los miedos es que mis amigas hablaban mucho de un caso, que salió en los medios, de una chica a la que la violó la pareja de su madre. Esto me hizo pensar que lo decían por mí, que se habían enterado de lo que pasó y me

consideraban una persona sucia y falsa. Para mí, es como si llevara un letrero.

Ahora son muchas cosas las que me traen miedos a la cabeza acerca de lo que otras personas van a pensar de mí, si me voy a poner colorada o me van a notar que estoy nerviosa. Encontrarme con conocidos, que me pregunten por mi familia, tener que hablar en una reunión en el trabajo y muchas otras situaciones donde me tengo que relacionar con alguien, me disparan el miedo y esos pensamientos que no soy capaz de controlar. Es terrible la angustia que siento, las dudas que me atrapan y darme cuenta de que me estoy quedando muy sola al evitar relacionarme”.

(La paciente reportó un SUD de 9)

T: Con los ojos cerrados o semicerrados, pasa mentalmente una película de todo el evento desde poco antes del inicio hasta el momento presente incluyendo la catástrofe subyacente y visualizándote realizando las acciones que no puedes llevar a cabo. Cuando termines, dime cuál es la peor parte, el peor fragmento

P: Lo peor es lo que siento, mucha angustia, cuando recuerdo cómo mis amigas hablaban de la chica a la que la violó la pareja de su madre

T: Trae a la mente esa situación cuando tus amigas hablaban de la chica a la que la violó la pareja de su madre para acceder al estado emocional difícil de tolerar, ¿cuál es la peor parte del sentimiento?

P: Pánico

T: Cuando te centras en ese sentimiento, ¿qué creencia negativa tienes respecto a ti misma o de ese sentimiento cuando te estás sintiendo así?

P: “Estoy dañada y señalada para siempre”

T: Cuando te centras en ese sentimiento, ¿qué es lo que te gustaría creer de ti misma o de ese sentimiento cuando te estás sintiendo así?

P: “Estoy recuperada y a salvo”

T: Cuando te sientes así y oyes las palabras “estoy recuperada y a salvo” ¿cuán ciertas las sientes en una escala del uno al siete, donde uno es completamente falso y siete completamente verdadero?

P: 4

T: *Cuando evocas lo peor del sentimiento al recordar cuando tus amigas hablaban de la chica a la que la violó la pareja de su madre, ¿qué emociones sientes?*

P: *Mucho miedo y vergüenza*

T: *Cuando evocas ese sentimiento al recordar cuando tus amigas hablaban de la chica a la que la violó la pareja de su madre, las palabras negativas “estoy dañada y señalada para siempre” y las emociones de miedo y vergüenza, ¿cuán perturbador te resulta o cuán intenso es el impulso de evitar ese sentimiento en una escala del 0 al 10, donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador que puedes imaginar*

P: *Un 10*

T: *¿En qué lugar del cuerpo lo sientes?*

P: *En el estómago, en el pecho y en la garganta*

T: *Nota ese sentimiento al recordar cuando tus amigas hablaban de la chica a la que la violó la pareja de su madre, las palabras negativas “estoy dañada y señalada para siempre, las emociones que lo acompañan y dónde lo sientes en el cuerpo. Haz el abrazo de la mariposa mientras observas qué surge..., sin juzgarlo y sin tratar de cambiarlo... Cuando sientas en tu cuerpo que ha sido suficiente, baja las manos a los muslos. (En este caso debido al riesgo de que la paciente saliera de la ventana de tolerancia, se utilizó el abrazo de la mariposa en vez de otro tipo de EBL)*

La paciente baja las manos.

T: *Respira hondo... ¿qué surgió?*

P: *Estoy más tranquila*

T: *¿Dónde lo sientes en el cuerpo?*

P: *En la garganta*

T: *Sigue observando. Abrazo de la mariposa (AM)*

Las siguientes tandas: Un poco más tranquila (AM). La garganta más relajada (AM). Noto el pecho menos sobrecogido (AM). Mejor el pecho

A partir de dos tandas donde la paciente deja de reportar cambios, se vuelve al fragmento con el que se está trabajando.

T: *Regresa a ese fragmento, al sentimiento... ¿cómo es ahora?*

P: *Es que no quiero volver. Tengo mucho miedo a sentir lo que estoy sintiendo*

(Aquí aparece una defensa debido al miedo al miedo que siente la paciente, utilizamos el dibujo como medio de que pueda observarlo y adaptamos el protocolo de tolerancia a la angustia con el propósito de conseguir desensibilizarlo y que la paciente experimentara control sobre el miedo)

T: *Podrías observar esa emoción que estás sintiendo e imaginar que tiene una forma, un color, una textura y cuando la tengas definida, dibújala. Tómate tiempo para llegar a sentir plenamente esa emoción o sensación. Deja que penetre profundamente en todas las células de tu cuerpo hasta que su ser te resulte evidente. Entonces, con los ojos cerrados, comienza a bosquejarlas. Luego abre lentamente los ojos y sigue dibujando durante un tiempo. Permite que las imágenes vayan surgiendo ante tu visión interna sin criticarlas. Trata de permanecer en contacto con la sensación sin prestar atención a los aspectos formales, sin juzgar la calidad del dibujo sino guiándote exclusivamente por la expresión emocional. No importa que el dibujo sea abstracto o representativo, no importa que comprendas o no el significado de la imagen, lo único que importa es que la imagen se adecúe a tu sensación*

La paciente hace un dibujo parecido a una gran espiral negra o un torbellino.

T: *¿Qué creencia negativa respecto a ti misma tienes en relación a esa imagen?*

P: *“No tengo control”*

T: *¿Qué creencia positiva te gustaría tener en relación a esa imagen?*

P: *“Tengo control”*

T: *Cuando miras la imagen y piensas las palabras, “tengo control”, ¿cuán ciertas las sientes en una escala del uno al siete, donde uno es completamente falso y siete completamente verdadero?*

P: 3

T: *¿Qué emociones sientes cuando lo miras?*

P: *Miedo*

T: *¿En qué parte del cuerpo lo sientes?*

P: *En el pecho y estómago*

T: *Céntrate en el dibujo, las palabras negativas “no tengo control” y observa el cuerpo. Cuánto te perturba o cuán intenso es el impulso*

de evitar ese sentimiento en una escala donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador que puedas imaginar

P: 9

T: *Céntrate en el dibujo, las palabras negativas “no tengo control” y nota dónde lo sientes en el cuerpo y haz el abrazo de la mariposa mientras observas qué surge..., sin juzgarlo y sin tartar de cambiarlo... Después de una tanda larga (45sg). ¿Qué surgió?*

P: *No sé si me ha aumentado algo el miedo*

T: *Céntrate en lo que sientes y observa.*

P: *Sigo igual*

T: *Mirando el dibujo, ¿qué te ayudaría a manejar esa emoción?*

P: *Puede que el dibujo que hice, que representa el lugar tranquilo, o usar el olor*

Después de que la paciente colocara el dibujo del lugar tranquilo en el extremo opuesto de la mesa donde está el dibujo del miedo, se le pidió que empezara a mover los ojos de una imagen a la otra varias veces (24 MO). Cuando se termina cada tanda se pregunta el nivel de perturbación. Cuando la perturbación ha descendido, se procede el trabajo con el dibujo que representa la emoción perturbadora, tal como se venía realizando.

T: *Sigue practicando esta estrategia mientras haces AM*

Al volver a preguntar a la paciente durante 3 tandas más qué es lo que está sintiendo o notando y contestar que la perturbación sigue disminuyendo, se le pidió que observara cómo la perturbación se está reduciendo y notara la diferencia. Se vuelve a repetir el ejercicio dos veces más.

T: *Regresa a ese fragmento... ahora observa qué sientes y cómo ha cambiado. ¿Cuánto te perturba en una escala donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador?*

P: 6

T: *¿Podrías hacer un nuevo dibujo que represente la peor parte de eso que estás sintiendo ahora?*

La paciente dibuja una onda en un estanque. Después se le pidió a la paciente que se centrara en la peor parte que notaba, sin juzgar ni tratar de cambiarlo, mientras se hacía AM (tanda 45sg) durante 3 tandas más. La paciente reporta al final una perturbación de 1.

T: *Según notas esa perturbación, ¿qué palabras positivas dirías sobre ti misma referentes a esa emoción mientras te sientes así?*

P: *“Puedo controlar”*

T: *Mira el dibujo y las palabras “puedo controlar”, observa qué sientes mientras hago tapping (EBL)*

La paciente durante dos tandas no reporta cambios, por lo que se vuelve al fragmento con el que se está trabajando.

T: *Regresa de nuevo a ese fragmento... ahora observa qué sientes y cómo ha cambiado. ¿Cuánto te perturba o cuán intenso es el impulso de evitarlo en una escala donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador?*

P: *No me da tanto miedo ni rechazo*

T: *Sigue observando*

Ejemplo de aplicación con PP: idea obsesiva

Después de volver 8 veces al fragmento más perturbador, se reprocesó el primer blanco, por lo que se procedió a reprocesar otro fragmento perturbador. La paciente elige la idea obsesiva “y si piensan de mí que soy una persona sucia”

T: *Cuándo piensas en la idea obsesiva “y si piensan de mí que soy una persona sucia”, ¿qué crees negativo en relación a tener esa idea?*

La metacognición acerca de la obsesión que la paciente eligió fue: “un pensamiento que angustia mucho, es lo mismo que la realidad”.

La CN reportada por la paciente: “si tengo un pensamiento que me angustia mucho, estoy en peligro real”.

En este punto se revisó con la paciente las experiencias donde utilizó las estrategias de afrontamiento adaptativo frente a una obsesión, que nos puede servir de entretejido. Para lo cual se le recordó el último ejercicio de autoexposición que se había hecho en terapia con la idea “y si piensan de mí que soy una persona sucia”, donde acabó sin ninguna perturbación SUD:0. Después se reforzó con “cuando pienso que pueden pensar de mí que soy una persona sucia, es sólo una idea que me angustia y soy capaz de conseguir que no me afecte” con tandas cortas de EBL.

También se le preguntó qué es lo que más le ayudó del entrenamiento y la psicoeducación acerca de las obsesiones. La paciente comentó que ser consciente de que es un problema de su

cerebro que está funcionando mal y la imagen del vídeo donde se ve el cambio del cerebro después de la terapia.

Sin embargo, en función del paciente se pueden usar otros recursos como el yo sabio a su lado diciéndole lo que necesita o una imagen de cómo actúan las personas que no tienen el problema.

A continuación, se sigue con la transcripción del ejemplo

T: *Cuando piensas en la idea obsesiva “y si piensas de mí que soy una persona sucia”, y en las palabras “si tengo un pensamiento que me angustia mucho, estoy en peligro real”, ¿qué surge ahora?*

P: *Miedo*

T: *Ahora observa tu cuerpo ...en una escala donde 0 es ninguna perturbación y 10 es la máxima perturbación que puedas imaginar, ¿cuánta perturbación sientes ahora?*

P: *Un 8*

T: *¿En qué partes del cuerpo sientes la perturbación?*

P: *En el pecho y estómago*

T: *Vuelve al pensamiento “y si piensas de mí que soy una persona sucia”, nota lo que sientes en el cuerpo y sigue mis dedos dejando que pase lo que tenga que pasar*

En las siguientes tandas, a la paciente le vino: recuerdo del colegio. Recuerdo con las amigas. No quiero pensarlo. Cuando me llaman para salir y doy una excusa.

Se observa que todos son aspectos que están dentro de la TOB (evento alimentador, precipitador, defensas) por lo que podemos introducir los entretejidos que tenemos preparados, en caso de bloqueos. En este caso se introdujo la imagen del cerebro y las palabras que eligió como entretejidos para seguir reprocesando. Después de dos tandas sin cambios conectando con información adaptativa, pasamos de nuevo a pedirle que regrese a la obsesión y que nos diga cómo es ahora y que siga observando.

Fases 5 y 7 a nivel micro

Después se procede a la instalación de la CP y al cierre del PP, omitiendo el chequeo corporal.

Fase 3: búsqueda de nuevos puntos de perturbación dentro de un nivel macro

Nuevamente sin hablar en voz alta, se vuelve a pedir al paciente que haga un rastreo (escaneo) de todo el problema obsesivo-

compulsivo en busca de cualquier cosa que pudiera resultarte perturbadora, sin que importe el orden.

Fases 4, 5 y 7: nivel micro con todos los PP

Reprocesar todos los PP, siguiendo las fases 3, 4, 5 y 7, a nivel micro.

Chequeo del SUD a nivel macro

Una vez reprocesados todos los PP, se chequea si el paciente puede visualizar todo el episodio completo de la TOB de principio a fin sin perturbación.

Fase 5: instalación a nivel macro de una creencia positiva

Cuando el nivel SUD alcanzado es ecológico, se procede a la instalación de una creencia positiva (CP) para todo el problema obsesivo.

Aparte de las preguntas establecidas en el protocolo, si el paciente tiene dificultades se le puede mostrar la lista de creencias positivas.

A continuación, se pasa a la instalación de forma que el paciente piense en todo el problema y repita, una sola vez, las palabras de la creencia positiva, para darle luego la instrucción de que deje que surja lo que tenga que surgir.

En este punto hay una diferencia importante con el protocolo estándar, ya que el paciente no debe estar pensando en el problema y la creencia positiva mientras se hace EBL, sino que deja que pase lo que tenga que pasar. Las tandas de estimulación son las mismas que en la fase cuatro.

Después de cada tanda, se le dan las consabidas instrucciones hasta que el paciente deje de reportar cambios durante dos tandas seguidas.

Después se procede a medir el VOC hasta obtener una puntuación de siete o que resulte ecológica.

La doctora Shapiro (2010), ha sugerido que una vez que se ha conseguido este objetivo, se le pida al paciente que cierre los ojos, piense en esas palabras (creencia positiva) y repase toda la historia del problema incluyendo el futuro, manteniendo todo el tiempo las palabras en su mente y que al finalizar abra los ojos.

Se le pregunta al paciente si sintió en alguna parte que esas palabras eran menos verdaderas. Si surge material perturbador se siguen las mismas instrucciones que en el protocolo estándar,

focalizándose en la sensación corporal, emoción y reprocesarlo con tantas largas de EBL.

Si surge material perturbador, se sugiere que se focalice en él y procesar con tandas largas de EBL. Sólo si no es posible hacerlo, se siguen los pasos desde la fase 3 a la 5.

Fase 6: chequeo corporal a nivel macro

Se pasa a realizar el escaneo corporal, pidiendo al paciente que piense en todo el problema obsesivo y en su cognición positiva una sola vez y que preste atención a las distintas partes del cuerpo desde la cabeza a los pies.

Fase 7: cierre

Conclusión del episodio. El cierre se realiza según las instrucciones del protocolo estándar en caso de sesión completa o incompleta.

Fase 8: reevaluación a nivel macro

En el seguimiento se pide feedback y se comprueba el nivel SUD de toda la historia del problema.

Si no es ecológico: utilizar la búsqueda-G para poder identificar cualquier perturbación residual que pudiera quedar y que necesite de un procesamiento adicional.

Si es ecológico hay que confirmar si la CP del episodio es la apropiada y reforzarla.

Anexo: Protocolo de procesamiento de la traumatización obsesiva (eventos obsesivos compulsivos)

Antecedentes: historia del problema obsesivo compulsivo

La Traumatización Obsesiva es un evento de estrés traumático continuado en el tiempo que se inicia con el primer episodio obsesivo-compulsivo y se mantiene hasta el presente. El propósito es recabar información de la historia del problema con los aspectos constiyentes que pueda recordar el paciente.

El terapeuta debe asegurarse, antes de elaborar con el paciente la historia del problema, que éste sabe identificar los componentes que conforman el proceso obsesivo-compulsivo y es capaz de cumplimentar el Registro Funcional del TOC. Se recuerda cómo introducir la entrevista para elaborar la historia del TOC.

T: *¿Recuerdas el evento inicial obsesivo-compulsivo?*

.

T: *¿Cuál fue el disparador de la obsesión?*

.

T: *¿De qué tipo era la obsesión? (pensamiento, imagen, impulso)*

.

T: *¿Y el contenido obsesivo?*

.

T: *¿Tenías compulsiones?, ¿Alguna acción que no podías realizar?, ¿cuál?*

.

T: *¿Alguna otra cosa perturbadora?*

.

T: *¿Cuál es el evento obsesivo-compulsivo más perturbador que puedas recordar?*

.

T: *¿Cuál fue el disparador de la obsesión?*

.

T: *¿De qué tipo era la obsesión? (pensamiento, imagen, impulso)*

.

.....
T: ¿Y el contenido obsesivo?

.

.....
T: ¿Tenías compulsiones?, ¿Hay alguna acción que no podías realizar?, ¿cuál?

.

.....
T: ¿Alguna otra cosa perturbadora?

.

.....
T: Vamos a centrarnos en el proceso obsesivo-compulsivo actual, desde cuándo lo padeces y cuál crees ha sido el suceso o cambio previo.

.

.....
T: ¿Cuáles son los disparadores?

.

.....
T: ¿De qué tipo es la obsesión? (pensamiento, imagen, impulso)

.

.....
T: ¿Y el contenido obsesivo?

.

.....
T: ¿Y la catástrofe subyacente? ¿Recuerdas dónde apareció por primera vez el temor?

.

T: *Trae un disparador con la obsesión a la mente y explícame el significado que tiene para ti la obsesión (se busca la creencia alimentadora del temor a la obsesión que es una metacognición de tipo: a) pensamiento acción-fusión b) pensamiento evento- fusión y c) pensamiento objeto-fusión)*

.....

.....

T: *¿Tienes compulsiones?, ¿cuáles?*

.

.....

.....

T: *¿Alguna acción que no puedes realizar?*

.

.....

.....

T: *¿Cómo respondes internamente cuando aparece la obsesión, sea imagen o pensamiento o impulso?*

.

.....

.....

T: *¿Cuáles son las emociones, sensaciones y percepciones perturbadoras?*

.

.....

.....

Fase 3: evaluación a nivel macro

El terapeuta lee en alta voz al paciente, mientras utiliza EBL continua, la narración de la historia de todo el proceso obsesivo-compulsivo desde el inicio con el primer evento obsesivo-compulsivo, el más perturbador y el evento obsesivo-compulsivo actual.

Se incluyen los aspectos involucrados que el paciente ha recordado en la recogida de información como disparadores, la catástrofe subyacente y el recuerdo asociado, la compulsión y otras conductas de neutralización, pensamientos y elementos perturbadores como emociones, sensaciones y percepciones, así

como las acciones que no puede llevar a cabo en la actualidad (PR y conductas de evitación).

Se comprueba el SUD de todo el episodio a nivel macro

A continuación:

T: *“Ahora con los ojos cerrados o semicerrados, sin hablar en voz alta, haz un rastreo (escaneo) como si se tratara de una búsqueda en Google en el ordenador, a lo largo de toda la historia obsesivo-compulsiva, incluyendo el inicio, el evento más perturbador, el proceso obsesivo-compulsivo actual y una imagen donde te visualizas realizando las acciones que no puedes llevar a cabo. Fíjate en todos los aspectos involucrados como recuerdos, disparadores, intrusiones, emociones, sensaciones, impulsos, percepciones, pensamientos y creencias y al finalizar dime cuál es la peor parte, el peor fragmento, sin que tenga que seguir un orden cronológico”.*

Una vez identificado el primer punto de perturbación (PP), se pasa a trabajar a un nivel micro.

Fase 3: evaluación a nivel micro

Cada punto de perturbación (PP) constituye un blanco a ser valorado que se adapta en función de su naturaleza.

El blanco es un recuerdo o situación

T: *“¿Qué imagen representa el peor momento de ese fragmento?”*

.

.....

T: *“Cuándo piensas en esa imagen, ¿qué crees negativo sobre ti mismo ahora?”*

.

.....

T: *“Cuando piensas en esa imagen, ¿qué quisieras creer sobre ti mismo ahora?”*

.

.....

T: *“Cuando piensas en esa imagen y esas palabras (cognición negativa), ¿qué emociones sientes ahora?”*

.

.....

.....

T: *“En una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la perturbación más alta que puedas imaginar, ¿cuánta perturbación sientes ahora?”*

.

.....

.....

T: *“¿Dónde sientes la perturbación en el cuerpo?”*

.

.....

.....

El blanco es información emocional

Nota: Si el paciente tiene dificultades para traer una imagen, una CN o una emoción en relación al fragmento perturbador, se puede continuar sin la imagen, creencia negativa o emoción. En este caso basta con medir el SUD.

Si el PP del blanco que se está procesando es información emocional, se puede utilizar la imagen del recuerdo o situación que lo evoque o una imagen o dibujo que lo represente, las palabras que expresan la CN, en caso de que sea posible, y las sensaciones.

T: *“Trae a la mente esa situación ... (para acceder al estado emocional difícil de tolerar), ¿cuál es la peor parte del sentimiento?”*

.

.....

.....

T: *“Cuando te centras en ese sentimiento, ¿qué creencia negativa tienes respecto a ti mismo o de ese sentimiento cuando te estás sintiendo así?”*

.

.....

.....

T: *“Cuando te centras en ese sentimiento, ¿qué es lo que te gustaría creer de ti mismo o de ese sentimiento cuando te estás sintiendo así?”*

.

.....

.....

T: “Cuando te sientes así y oyes las palabras (CP), ¿cuán ciertas las sientes en una escala del uno al siete, donde uno es completamente falso y siete completamente verdadero?”

.

.....

.....

T: “Cuando evocas ese sentimiento, ¿qué emociones sientes?

.

.....

.....

T: “Cuando evocas ese sentimiento, las palabras negativas (CN) y la emoción, ¿cuán perturbador te resulta o cuán intenso es el impulso de evitar ese sentimiento en una escala del 0 al 10, donde 0 es neutro y 10 es lo más perturbador que puedes imaginar?”

.

.....

.....

T: “¿En qué lugar del cuerpo lo sientes?”

.

.....

.....

T: “Nota ese sentimiento, las palabras negativas (CN), las emociones que lo acompañan y dónde lo sientes en el cuerpo”. EBL

T: Respira hondo... ¿qué surgió?

.

.....

.....

El blanco es información sensoriomotriz (ej. un impulso)

En este caso se puede utilizar la sensación, impulso o movimiento y preguntar qué surge. En caso de que aparezca una imagen se utiliza para montar el blanco. Si no es así, se parte de la información sensoriomotriz, las palabras que expresan la CN, en caso de que sea posible, y las sensaciones.

T: *“Cuando piensas en esa sensación, impulso o movimiento en el cuerpo, ¿qué surge?”*

.....

T: *“Cuando piensas en esa imagen (o información sensoriomotriz), ¿qué crees negativo sobre ti mismo ahora?”*

.....

T: *“Cuando piensas en esa imagen (o información sensoriomotriz), ¿qué te gustaría creer sobre ti mismo ahora?”*

.....

T: *“Cuando piensas en esa imagen (o información sensoriomotriz), ¿cuán verdaderas sientes ahora esas palabras en una escala de 1 al 7, en donde 1 las sientes completamente falsas y 7 las sientes completamente verdaderas?”*

.....

T: *“Cuando piensas en esa imagen (o información sensoriomotriz), las palabras (repetir CN si es posible), ¿qué emociones sientes ahora?”*

.....

T: *“Observa el cuerpo..., en una escala donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que puedas imaginar, ¿cuánta perturbación sientes ahora?”*

.....

T: *“¿En qué partes del cuerpo sientes la perturbación?”*

.....

El blanco es una intrusión mental obsesiva

(Como se apuntó anteriormente, este blanco puede ser utilizado en etapas previas para ayudar a disminuir compulsiones) utilizando como creencia negativa la metacognición sobre el pensamiento obsesivo.

T: *“Cuando piensas en la obsesión, ¿qué surge?”*

.....
.....
T: (si aparece una imagen): *Cuando traes la imagen y la obsesión, ¿qué crees negativo sobre ti en relación a tener esa obsesión (metacognición)?*

.....
.....
T: (si no aparece una imagen): *Cuando traes la obsesión, ¿qué crees negativo en relación a tener ese pensamiento obsesivo (metacognición)?*

.....
.....
T: (si la obsesión es una imagen): *¿Cuál es la parte peor de la imagen?*

.....
.....
T: *Cuando traes la imagen obsesiva, ¿qué crees negativo en relación a tener esa imagen obsesiva (metacognición)?*

.....
.....
T: *“Cuando piensas en la obsesión o imagen obsesiva, ¿qué te gustaría creer en relación a tener esa obsesión o imagen obsesiva?”*

.....
.....
T: *“Cuando piensas en ese pensamiento o imagen obsesiva, ¿cuán verdaderas sientes ahora esas palabras (metacognición adaptativa) en una escala de 1 al 7, donde 1 las sientes completamente falsas y 7 las sientes completamente verdaderas?”*

.....
.....
T: *“Cuando piensas en ese pensamiento o imagen obsesiva y en las palabras (repetir la metacognición no adaptativa), ¿qué emociones sientes ahora?”*

T: " *Observa el cuerpo..., en una escala donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que puedas imaginar, ¿cuánta perturbación sientes ahora?*"

.....

T: " *¿En qué parte del cuerpo sientes la perturbación?*"

.....

Después se pasa a reprocesar la intrusión mental obsesiva con la estrategia EMDr, buscando con el procedimiento habitual la creencia negativa y la positiva.

El blanco es una defensa

Nota: Un ejemplo es el deseo de evitar la obsesión o utilizar la razón para combatirla. En este caso se monta el blanco siguiendo el método de las herramientas de trabajo con las defensas, como por ejemplo focalizarse en el nivel de deseo de evitar la obsesión y su localización en el cuerpo.

Fase 4: desensibilización a nivel micro

T: " *Vuelve a esa imagen (o información sensoriomotriz), a esas palabras negativas (terapeuta repite la CN), nota dónde lo sientes en el cuerpo y sigue mis dedos*" (o estimulación bilateral alternativa). (EBL tandas largas)

Al final de cada tanda de EBL:

T: " *Respira hondo... ¿Qué surgió?*"

.....

T: " *Sigue observando*". (EBL >30)

Nota: Esta fase 4 de desensibilización se comienza con el punto de perturbación más acuciante. Se utiliza la estrategia EMDr que limita el procesamiento a las cadenas de asociaciones que están relacionadas con el episodio obsesivo-compulsivo completo desde el inicio hasta el presente. Mientras que el paciente reporte cambios que no se salgan de contenidos en relación a la TOB o indique nueva información, se continúa alternando tandas de EBL con los informes del paciente; hasta que el paciente deje de reportar cambios durante dos tandas seguidas de EBL. Se siguen los mismos pasos que en el protocolo estándar hasta que el SUD sea

cero o tenga valor ecológico. Las tandas de estimulación bilateral pueden ser largas, por encima de 30. Se utilizan entretejidos seleccionados en función de la naturaleza del fragmento perturbador, en caso necesario.

T: *“Regresa al punto de perturbación original, ¿cómo es ahora?”*

.....
T: *“Sigue observando”*. (EBI>30)

.....
T: *“Respira hondo... ¿Qué surgió?”*

.....
Nota: Mientras que el paciente reporte cambios o nueva información, continuar alternando tandas de EBL con los informes del paciente. Es importante insistir en que, si el bloqueo está constituido por las estrategias no adaptativas que el paciente utiliza para el afrontamiento del proceso obsesivo, introduciremos entretejidos, con el objetivo de facilitar la conexión con la información que previamente le hemos dado, antes de volver al blanco. Cuando el paciente ha regresado al blanco dos tandas seguidas de EBL y sigue sin reportar cambios, chequear SUD.

T: *“Regresa al punto de perturbación original. En una escala donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que puedas imaginar, ¿cuánta perturbación sientes ahora?”*

.....
Nota: Si el SUD es mayor a 0, se le pide al paciente que siga observando. Si el SUD es 0 o tiene validez ecológica se pasa a la Fase 5.

Fase 5 y 7, nivel micro

Nota: Después se procede a la instalación de la CP y al cierre del PP, omitiendo el chequeo corporal.

T: *“Cuando recuerdas el punto de perturbación original, ¿todavía es válida la creencia positiva (repetir la CP), o hay otras palabras positivas que sientas más apropiadas?”*

.....
.....
.....
.....
T: *“Cuando piensas en el punto de perturbación original, ¿cuán verdaderas sientes ahora las palabras (repetir la CP), en una escala del 1 al 7, donde 1 las sientes completamente falsas y 7 las sientes completamente verdaderas?”*
.....

.....
T: *“Piensa en el punto de perturbación original y mantenlo junto con las palabras (repetir la creencia positiva elegida). Ahora deja que surja lo que tenga que surgir”*

Nota: Hacer tandas de EBL (misma velocidad y duración aproximada que en la desensibilización) para instalar por completo la CP (VoC=7). Chequear el VOC cuando ya no haya cambios en lo que reporta el paciente, ya sea perturbador o adaptativo.

Fase 3: búsqueda de nuevos PP dentro de un nivel macro

T: *“Ahora, nuevamente sin hablar en voz alta, vuelve a hacer un rastreo (escaneo) de todo el problema obsesivo-compulsivo, como en las búsquedas que se hacen en Google en el ordenador y dime cualquier cosa que pudiera resultarte perturbadora, sin que importe el orden. Fíjate solamente en lo que va surgiendo según vas rastreando todo y detente en aquello que aún te sigue perturbando y lo utilizaremos como blanco en el EMDR.”*
.....

Fases 4, 5 y 7: nivel micro con todos los PP

Nota: hay que procesar todos los PP de la Traumatización Obsesiva siguiendo las fases 3, 4, 5 y 7, a nivel micro.

Chequeo del SUD a nivel macro

T: *“Cuando piensas ahora en todo el problema obsesivo desde el inicio hasta el presente e imaginándote llevando a cabo las acciones que no puedes hacer, en una escala del 0 al 10, ¿cuán perturbador te resulta?”*
.....
.....

Fase 5: instalación a nivel macro de una creencia positiva

Nota: Si el paciente tiene dificultades se le puede mostrar la lista de creencias positivas. Las tandas de estimulación son las mismas que en la fase 4.

T: *“Cuando conectas ahora con el problema obsesivo, ¿cómo te gustaría pensar ahora sobre ti mismo al respecto? ¿Qué has aprendido de ello?”*

.....
.....
.....
.....

T: *“Cuando piensas de nuevo en todo el problema obsesivo-compulsivo y dices aquellas palabras (repetir CP), en una escala del 1 al 7, ¿cuán verdaderas te parecen que son?”*

.....
.....

T: *“Piensa en todo el problema y repite mentalmente, una sola vez, las palabras (CP). Ahora deja que surja lo que tenga que surgir”*

.....
.....
.....

T: *“Respira hondo.... ¿qué surgió? Sigue observando”*

.....
.....

Nota: Cuando el paciente deja de reportar cambios durante 2 tandas seguidas.

T: *“En una escala de 1 a 7, ¿cuán verdaderas sientes que son ahora esas palabras (CP) cuando piensas en todo el evento?”*

.....
.....

Nota: El siguiente paso ha sido sugerido por la Dra. Shapiro (2010)

T: *“Cierra los ojos, piensa en las palabras (CP) y repasa todo el problema manteniendo todo el tiempo esas palabras en tu mente ... al finalizar abre los ojos”*

.....
.....

T: *“¿Sentiste que esas palabras eran menos verdaderas en alguna parte?”*

.....

.....

Nota: Si surge material perturbador se siguen las mismas instrucciones que en el protocolo estándar focalizándose en la sensación corporal, emoción y reprocesarlo con tantas largas de EBL. Si no es posible hacerlo, se siguen los pasos desde la fase 3 a la 5.

Fase 6: chequeo corporal a nivel macro

T: *“Cierra los ojos, piensa en todo el problema obsesivo-compulsivo y repite mentalmente, una sola vez, las palabras (CP). Ahora presta atención a las distintas partes del cuerpo desde la cabeza a los pies. Abre los ojos cuando termines”*

Fase 7: cierre

Nota. El cierre se realiza según las instrucciones del protocolo estándar en caso de sesión completa o incompleta.

Fase 8: reevaluación a nivel macro

Nota: En el seguimiento se pide feedback y se comprueba el nivel SUD de toda la historia del problema. Si no es ecológico: utilizar la búsqueda-G para poder identificar cualquier aspecto residual, dentro de todo el problema obsesivo-compulsivo, que pudiera necesitar de un procesamiento adicional. Si es ecológico hay que confirmar si la CP del episodio es la apropiada y reforzarla.

T: *“Cuando piensas ahora en todo el problema obsesivo desde el inicio hasta el presente e imaginándote llevando a cabo las acciones que no puedes hacer, en una escala del 0 al 10, ¿cuán perturbador te resulta?”*

.....

.....

T: *“Cuando piensas ahora en todo el problema obsesivo desde el inicio hasta el presente e imaginándote llevando a cabo las acciones que no puedes hacer y piensas en las palabras (CP), ¿cuán verdaderas sientes que son ahora esas palabras (CP) en una escala de 1 a 7, cuando piensas en todo el evento?”*

T: *“Cierra los ojos, piensa en todo el problema obsesivo-compulsivo y en las palabras (CP), dime qué sientes en el cuerpo*

.....
.....
Disparadores del presente

T: *“¿Has tenido estos días obsesiones y/o compulsiones? ¿Qué lo ha disparado? ¿Has tenido alguna situación donde no has sido capaz de llevar a cabo una acción? ¿Sensaciones físicas perturbadoras o impulsos que no puedes controlar?”*

.....
.....
.....
Nota: Reprocesar cada disparador presente con estrategia EMDr o utilizar el Protocolo de Desensibilización de los disparadores y el control de las compulsiones (Popky). En determinados casos donde la conducta compulsiva tiene un fuerte poder reforzante se puede adaptar el protocolo de adicción al estado de sensación positivo (Miller).

El patrón a futuro

Nota: Es conveniente asegurarse antes de que el paciente tiene la información y las habilidades para poder afrontarlo adaptativamente. Se debe de hacer un patrón a futuro para cada uno de los disparadores presentes ya reprocesados. La creencia positiva (CP) y la sensación corporal para el guión del patrón a futuro serán las obtenidas a nivel macro de la Traumatización Obsesiva.

T: *“Hemos trabajado con todo el problema obsesivo a lo largo del tiempo y los disparadores actuales. Es importante ahora trabajar en cómo respondes en el futuro a situaciones iguales o similares. Por favor, cierra los ojos... me gustaría que pases una película mental en la que te imagines libre de obsesiones y afrontando de forma adaptativa (describir situación similar disparadora de obsesiones y compulsiones) en el futuro. Con la creencia positiva (repetir la de la fase 5 global) y la nueva sensación corporal (repetir la de la fase 6 global). Imagínate entrando en ese vídeo. ¿Qué ves y cómo estás manejando la situación? ¿Qué piensas, sientes y experimentas en*

tu cuerpo? ¿Existe algún bloqueo, ansiedad o temor cuando visualizas esa escena futura?”

.....
.....
.....
.....

Nota: Si el paciente es capaz de pasar la película de principio a fin con una sensación de confianza y satisfacción, se pide al paciente que la visualice una o dos veces mientras se realiza EBL continua. En caso de que aparezca perturbación o bloqueos, se tratan con EBL, entretejidos, nuevas habilidades, información, recursos, preguntas directas o escaneo afectivo, flotar hacia atrás.

T: *“Por último, pásate un vídeo donde te imagines libre de obsesiones y afrontando de forma adaptativa (describir situación similar disparadora de obsesiones y compulsiones) en el futuro, con la creencia positiva (repetir la de la fase 5 a nivel macro) y la nueva sensación corporal (repetir la de la fase 6 a nivel macro)*

.....
.....
.....
.....

Capítulo 22 / El protocolo de las tres vertientes referente a otra sintomatología presente en el trastorno

Blancos del pasado

Los recuerdos del pasado que se utilizan como blancos para el reprocesamiento por medio del protocolo básico EMDR tienen que ver con la vulnerabilidad, el apego inseguro, los asociados a los disparadores de obsesiones, y los que alimentan las creencias de inseguridad y falta de autoestima.

Reprocesar con protocolo estándar EMDR el recuerdo fuente (filogenético y ontogénico), recuerdos de apego inseguro/desorganizado, así como los recuerdos conectados con los disparadores de obsesiones y miedos.

Estos recuerdos, origen de una creencia nuclear, junto con otras experiencias del pasado y presente que la refuerzan, resultan como profecías autocumplidas que mantienen la falta de seguridad y/o autoestima.

Para reprocesar las creencias negativas nucleares, se propone utilizar el enfoque del cuestionario de dos métodos de Jongh, Broeke y Meijer (2010), en el contexto de EMDR, denominado “segundo método”. Está indicado en los trastornos en los que se supone que las creencias nucleares ocupan un lugar central (Butler, Beck y Grisham, 2002) y especialmente cuando la autoimagen deteriorada juega un papel importante (Shapiro, 2006).

El segundo método se emplea para identificar aquellos recuerdos que subyacen en las creencias nucleares disfuncionales del paciente. Uno de los principios básicos del modelo es el hecho de que los sucesos negativos dejan huellas en la red neural de un individuo, de forma tal que se genera una diversidad de síntomas, entre los que se incluyen creencias disfuncionales sobre sí mismo

(por ej., “soy una mala persona”) o sobre el mundo (“estoy en peligro”).

Según indican Jongh, Broeke y Meijer (2010), la sintomatología del paciente se ve arrastrada por una amplia gama de recuerdos que, a su vez, contribuyen a que éste tenga creencias negativas sobre sí mismo. Esta configuración genera respuestas afectivas y conductuales que contribuyen a que se produzcan experiencias nuevas de interacción que parecerían confirmar el sesgo cognitivo existente, a la vez que, al ser almacenadas en la memoria, incrementan la carga de red de la memoria. En estos casos se considera que las creencias nucleares deben ser consideradas como un síntoma primario, pudiendo ser empleadas de manera directa como vía de acceso a los recuerdos, tanto etiológicos como exacerbantes, que necesitan ser procesados (Shapiro, 2001, 2006).

Son muchos los sucesos que pueden haber contribuido a dar origen y reforzar una creencia nuclear concreta y que generan respuestas conductuales y afectivas, coherentes con la creencia dominante.

Para identificar los recuerdos que deben ser procesados a través del segundo método, se utiliza la propia creencia para indagar cuáles son los recuerdos relevantes.

El “segundo método” sigue una serie de pasos básicos que se muestran a continuación, adaptándose al problema obsesivo-compulsivo.

En primer lugar, hay que determinar las creencias nucleares disfuncionales implicadas en la vulnerabilidad al sufrimiento frente a los contenidos que constituyen el TN, así como la creencia generada como consecuencia de la traumatización al fracaso defensivo.

En segundo lugar, hay que identificar las experiencias que “probarían” la veracidad de las creencias nucleares por medio de las experiencias anteriores a través de preguntas como, por ejemplo: *“¿cuándo te diste cuenta por primera vez que eres débil, “¿qué experiencias siguen sirviéndote de prueba incluso hoy de que eres débil?”, “¿qué has experimentado en la vida que sigue aún probando que no vales nada?”*.

De todas las experiencias que el paciente considera que son la prueba de su escasa valía, el terapeuta le pregunta cuáles son las cinco que sean la prueba más fehaciente.

El siguiente paso consiste en solicitar al paciente que seleccione cinco experiencias, en contextos diversos que, actualmente, desde su punto de vista, siguen “probándole” que la “creencia disfuncional” sigue siendo verdad. Si se estima oportuno, se le solicitará que elabore en casa una selección de experiencias y que escriba un artículo o ensayo breve sobre cada una.

Al igual que cuando se busca información en Google, cuando el terapeuta emplea el segundo método no ordena de manera cronológica los sucesos relevantes, sino que, más bien, selecciona aquellos recuerdos sobre la base de la relevancia que tienen en relación con la credibilidad que pudiera tener la creencia en concreto. Una vez que se identifica la prueba más fuerte de la creencia nuclear, se monta el blanco con la imagen que representa la prueba mas fuerte, la CN, CP y VOC, emociones, SUD y sensaciones corporales.

La selección de la CN debe producirse de acuerdo con las reglas del protocolo básico. Si se está trabajando con una creencia nuclear (ej. “yo soy débil”), es importante recordar que la CN puede no estar necesariamente formulada de la misma manera. Hay que considerar después de todo que, dentro del EMDR, la CN está conectada con la imagen-diana y que resulta creíble en la medida en que es recuperada la imagen. La creencia nuclear constituye una afirmación general sobre sí mismo en cuanto persona, y puede no estar necesariamente conectada de manera directa con una imagen-diana concreta (Jongh, Broeke y Meijer, 2010). Así, por ejemplo, puede suceder en un caso que, existiendo la creencia nuclear disfuncional del cliente “soy un perdedor”, sea la CN (“me siento impotente”) de uno de los recuerdos objetivo la que proporciona una evidencia crucial para esta anterior creencia. Por consiguiente, si bien es frecuente que la CN se encuentre en el mismo dominio que la creencia nuclear, no debe darse por sentado *a priori*.

En la tabla 18, se indican algunas de las creencias negativas más comunes, agrupadas en los grupos de: a) seguridad; b) control,

elecciones y eficacia de uno mismo; c) responsabilidad, defectuosidad, vergüenza.

Se comienza la desensibilización con el protocolo básico EMDR con la “pieza de la evidencia” del primer recuerdo y se siguen los pasos establecidos de instalación y chequeo corporal.

Tabla 18. Creencias negativas más comunes

SEGURIDAD	CONTROL, ELECCIONES Y EFICACIA DE UNO MISMO	RESPONSABILIDAD, DEFECTUOSIDAD, VERGÜENZA
Estoy en peligro	No tengo control	No valgo nada
Resultaré herido	No tengo poder	No soy querible
Voy a morir	Estoy desamparado	No merezco
No puedo confiar en nadie	Soy débil	Soy mala persona
No está bien mostrar mis emociones	No puedo obtener lo que quiero	Soy defectuoso
No puedo soltarlo	No puedo lograrlo	Soy un fracaso
Es horrible	No me puedo proteger a mí mismo	Soy terrible
	No puedo confiar en mí	No soy suficientemente bueno
	No puedo confiar en mí juicio	Estoy dañado para siempre
		Merezco ser infeliz
		Soy diferente
		No pertenezco

Para cerrar la sesión, se pregunta: ¿cuál es la cosa más valiosa que has experimentado hoy?, seguida de un set de EBL

La siguiente pregunta es, y eso, ¿qué dice de ti como persona?, nuevamente seguida de un set de EBL

Luego se pasa a evaluar la incidencia del trabajo en relación a la creencia nuclear que se está abordando por medio de preguntas acerca de cuán fuerte es la creencia nuclear en ese momento, o

cómo es el impacto en los síntomas. Una vez hecha la reevaluación, el trabajo continúa con los otros recuerdos seleccionados.

Blancos del presente

Con respecto al presente, se incluyen como objetivos para reprocesar: las fobias actuales, disparadores de inseguridad y falta de autoestima con protocolo básico EMDR.

Plantilla de futuro

Se pide al paciente que imagine una película en la que afronta adaptativamente situaciones donde se disparaban miedos, obsesiones, inseguridad y falta de autoestima, mientras va notando cómo está manejando la situación y lo que piensa, siente y experimenta en el cuerpo. *“Me gustaría que te imaginaras afrontando con efectividad (describir situación) en el futuro. Con la nueva creencia positiva y la nueva sensación corporal de (ej. fuerza, claridad, confianza, calma).*

Imagínate entrando a esa imagen. Nota qué ves y cómo estás manejando la situación ¿Qué piensas, sientes y experimentas en el cuerpo? ¿Existe algún bloqueo, ansiedad o temor cuando piensas en esa escena futura?”

En caso de que el paciente reporte bloqueos, se le pide que se concentre en estos bloqueos y se introducen varias tandas largas de EBL.

Si los bloqueos no se resuelven rápido, hay que evaluar si el paciente necesita nueva información, recursos o habilidades para visualizar cómodamente la escena futura. Se introduce la información o habilidades necesarias.

Si el bloqueo aún no se resuelve y el paciente no puede visualizar la escena futura con confianza y claridad, se usan preguntas directas, escaneo afectivo, o la técnica de flotar hacia atrás para identificar viejos blancos relacionados con los bloqueos, ansiedades o temores. Se reprocesan (fases 3 a 8) esos blancos antes de seguir con este patrón a futuro.

Si no existen bloqueos aparentes y el paciente es capaz de visualizar la escena futura con confianza y claridad, se le pide que se concentre en la imagen, la creencia positiva y las sensaciones asociadas con la escena futura y se introducen tandas largas de

EBL, hasta que el patrón a futuro quede suficientemente fortalecido. Después hay que verificar el VOC y hacer chequeo corporal.

Se termina pidiendo al paciente que se mueva desde esa imagen a imaginar una película sobre su desempeño en el futuro. Se le hacen las siguientes indicaciones: *"me gustaría que cerraras los ojos y pasaras una película, imaginándote afrontando con efectividad en el futuro. Con la nueva creencia positiva y la nueva sensación de (fuerza, claridad, confianza, calma). Imagínate entrando en el futuro. Asegúrate de que esta película tenga principio, medio y fin. Nota qué estás viendo, pensando, sintiendo y experimentando en tu cuerpo. Avísame si te encuentras con algún bloqueo. En ese caso, simplemente abre los ojos y avísame. Si no encuentras ningún bloqueo, avísame cuando hayas visto toda la película"*.

Para terminar, se muestra en la tabla 19 una guía orientativa de objetivos en el tratamiento del TOC, entendiendo que el orden y la elección de la estrategia terapéutica es flexible, dependiendo del caso y siempre ajustándose a las características estructurales y funcionales del mundo interno de cada paciente.

Tabla 19. Guía orientativa de intervenciones en el tratamiento del TOC

FASE 1	
Entrevista	Registro para anamnesis de casos TOC
Prueba objetiva	Manual y Escala Yale- Bromn para TOC en español
Cuestionario	Cultura de sufrimiento, ambiente familiar y traumas
Registros	Registro Funcional del Proceso Obsesivo Compulsivo
Mapa del mundo interno de las partes involucradas en TOC	Trabajo con partes
* Se puede ampliar la información utilizando pruebas objetivas como el SCL-90, IPDE; cuestionarios como la Escala Early, el Inventario de ideas obsesivas o el de Creencias inadaptativas de Davis, McKay, Eshelman	
FASE 2- ABORDAJE PROGRESIVO	
Investigar sobre los problemas de los pacientes en sus psicoterapias anteriores	• Relaciones terapéuticas previas. Puente relacional • Tipo de enfoques terapéuticos fallidos
Psicoeducación acerca del trastorno	• Video cambia tu mente • Psicoeducación sobre el proceso obsesivo compulsivo • Mostrar al paciente la necesidad de tener habilidades de conciencia y de manejo emocional para afrontar el problema
Habilidades de conciencia y mindfulness	• Ejercicios de conciencia. Registros. Mindfulness.
Estrategias para el abordaje emocional	• Psicoeducación acerca de las emociones • Lugar seguro o equivalente • Técnicas de control emocional • Habilidades de manejo emocional necesarias para tolerar las emociones implicadas en el proceso obsesivo compulsivo • Otras intervenciones a elegir en función del caso como: - Protocolo de desarrollo e instalación de recursos específicos - Protocolo de tolerancia a la angustia partiendo del estado emocional que genera el disparador y la obsesión - Sumergirse en el miedo con estrategia EMD
Trabajo con la parte que defiende del sufrimiento frente al temor nuclear	• Ver video sistema interno de partes con el paciente • Con recuerdo fuente a) ¿puede sentir eso que imaginas que sentirías? ¿hay algo dentro de ti que no quiere acceder a eso? b) con el RF en la sala de reuniones, se accede a la parte • Investigar a fondo la parte a cargo de la defensa que protege del sufrimiento • Se pueden integrar, dentro del trabajo con la parte, varias intervenciones: • Psicoeducación sobre sufrimiento
	• Creencias que alimentan la fobia al dolor • Aflojar la defensa con herramientas EMDR • Abordar la fobia afectiva mediante contracondicionamiento y desensibilización del dolor como diana (EMD, método combinado de Linda Jacobson) • Acuerdo con la parte para permitir el trabajo terapéutico • Solicitar realizar el experimento de acceder a la parte vulnerable para ayudarla (lovin eyes, protocolo de autocuidado) • Si hay un recuerdo fuente transgeneracional se puede abordar mediante protocolo de cartas, ritual de devolución
Parte que contiene el clúster obsesivo compulsivo	• Reunión yo adulto con la parte a cargo de las obsesiones y compulsiones • Tomar conciencia del modo paradójico de funcionar de la tendencia de acción a cargo de la obsesión • Llegar a acuerdos con la parte a cargo de la intrusión obsesiva • Investigar y abordar resistencias a seguir el acuerdo • Desarrollo e instalación de recursos para abordar las necesidades y temores para poder llevar a cabo el acuerdo • Utilización de entretejidos si es necesario para las creencias inadaptables involucradas y errores lógicos (consigna perfeccionista, sobrestimación de la cantidad de responsabilidad, consecuencias de haber sido responsable de algo y fallar) • Técnicas como entretejidos
Habilidades de afrontamiento frente a obsesiones y compulsiones	• Estrategia de afrontamiento 4R • Prevención de respuesta • Protocolo relacional Goldbert • Técnicas de autoexposición • Otras técnicas: - Mostrar al paciente la necesidad de tolerar y manejar las emociones implicadas en el problema
Abordar las dificultades para implementar las estrategias adaptativas (PR, eliminación de compulsiones mentales y conductuales)	• Ver con el paciente el listado de dificultades • Protocolo de desarrollo e instalación de recursos específicos (qué necesitarías para no llevar a cabo la compulsión cuando se dispara en tal situación)
FASES 3 A 8 (REFERENTE A LA SINTOMATOLOGÍA OBSESIVA-COMPULSIVA)	
Dianas del pasado	• La Traumatización al fracaso defensivo (TFD) con las partes y distintas tendencias de acción del clúster defensivo • El recuerdo alimentador del miedo obsesivo (el origen puede ser transgeneracional)
Dianas del presente	• Disparadores de obsesiones y compulsiones con protocolo básico EMDR/ Protocolo de Popky) • Protocolo adaptado EMDR para el reprocesamiento de la Traumatización Obsesiva (TOB) • Sueños con protocolo básico EMDR
Plantilla de futuro	• Película en la que el paciente hace exposición con prevención de respuesta, mientras va notando cómo está manejando la situación y lo que piensa, siente y experimenta en el cuerpo con la nueva creencia positiva y la nueva sensación corporal.
FASES 3 A 8 (REFERENTE A OTRA SINTOMATOLOGÍA PRESENTE EN EL TRASTORNO)	
Dianas del pasado	• Recuerdo fuente (RF) origen de la fobia emocional y el esquema defensivo • Eventos perinatales traumáticos • Apego inseguro/ desorganizado • Recuerdos origen de miedos • Recuerdos alimentadores de las creencias de falta de autoestima • Recuerdos asociados con los disparadores de obsesiones
Dianas del presente	• Disparadores de miedos, inseguridad y falta de autoestima
Plantilla de futuro	• Película en la que el paciente va notando cómo está manejando las situaciones y lo que piensa, siente y experimenta en el cuerpo con la nueva creencia positiva y la nueva sensación corporal

Capítulo 23 / Evaluación, conceptualización y tratamiento de un caso TOC

Evaluación

Este es el ejemplo (caso nº 3) de una mujer de 38 años, casada, con 3 hijas y de profesión enfermera.

El motivo de consulta es que quiere liberarse de pensamientos e imágenes ansiógenas intrusivas, cambiar sus niveles de ansiedad ante sus problemas de salud y superar el estrés laboral.

Le aparecen pensamientos negativos intrusivos relacionados con la evolución de su estado de salud (¿y si voy a peor?), y la posibilidad de desarrollar problemas psiquiátricos como su padre (¿y si tengo un problema mental como mi padre?). También le surgen imágenes absurdas y desagradables que le generan enorme malestar, agrediendo a sus hijas con un cuchillo, o clavándose algo ella misma.

Presenta también dificultades para conciliar el sueño, molestias en abdomen o coxis, sensación de calores esporádicos y mareos.

Destaca la tristeza/pena que la paciente siente al ver a su padre mal por su enfermedad psíquica y su imposibilidad de ser feliz.

En el resumen de la **evaluación** la paciente presenta en el SCL-90, sintomatología en general baja, si bien existen puntuaciones moderadamente altas respecto a síntomas obsesivo-compulsivos y ansiedad. En menor medida experimenta cierto grado de psicoticismo.

En el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad, IPDE, no hay indicios de la presencia de un Trastorno de Personalidad.

En el mapa de la vida, indica como experiencias más perturbadoras con 4 años, el primer día de colegio y el comienzo de las agresiones de su padre, con 23 años, la muerte de un amigo y con 28, una reacción anafiláctica que originó la enfermedad tiroidea que padece. Las creencias inadaptativas en las que puntúa más alto son los

acontecimientos externos son la causa de la mayoría de desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones; se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa y se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

Los temores que presenta son: que la critiquen, las personas coléricas, los ratones o las ratas, la posibilidad de ser sometida a una operación quirúrgica, perder el control, la posibilidad de enfermar mentalmente y la pérdida de seres queridos.

El problema obsesivo se manifiesta a través de miedos obsesivos relacionados con su estado de salud: ¿y si me he contagiado?, ¿y si voy a peor de la enfermedad?, ¿y si tengo un problema mental como mi padre?, e imágenes de ella agrediendo a sus hijas (golpeándolas, clavándolas cuchillos, tijeras en el ojo) e imágenes de accidentes que le ocurren a sí misma, a sus hijas o a otras personas. No presenta compulsiones.

Le ocurren a diario, varias veces al día y ante cualquier aspecto de la vida cotidiana relacionado con el cuidado y atención de los hijos, en el coche conduciendo, en las relaciones con compañeros cuando hablan de problemas con los hijos, en la relación con su marido, etc. se disparan las obsesiones.

Los miedos obsesivos (¿y si voy a peor de la enfermedad?, ¿y si tengo un problema mental como mi padre?), aparecieron después de tener un shock anafiláctico que desencadenó una enfermedad tiroidea. Le aparecen cuando está despierta en la cama, o en momentos de estrés laboral, generándole angustia la obsesión de que pueda evolucionar mal, a pesar de que las pruebas indican lo contrario.

Las obsesiones con imágenes negativas aparecieron a los pocos días de ser madre por primera vez, con la imagen intrusiva en la que clavaba un cuchillo a su bebé. En la actualidad, aparecen en muchos momentos del día a día, como cuando va en el coche, está con sus hijas, con las compañeras de trabajo al hablar de problemas con los hijos o al ver a su padre.

En resumen, la paciente presenta niveles moderadamente altos de ansiedad con manifestaciones somáticas y obsesiones tipo

pensamientos sobre su estado de salud físico y mental e imágenes con contenido agresivo, fundamentalmente hacia sus hijas. En general, presenta puntuaciones bajas en todas las pruebas, lo que puede estar indicando cierta despersonalización.

Conceptualización del caso

Por medio de la estrategia de conceptualización para casos

TOC

Se muestra, líneas más abajo, cómo obtener la información a través de este instrumento específico:

T: *Trae a la mente una obsesión actual y la situación o aspecto que la dispara*

P: *Cuando estoy con mis hijas, conduciendo o haciendo la cena y se ponen a discutir, me aparece una imagen obsesiva agrediéndolas con un cuchillo o clavándoles algo en el ojo*

T: *¿Qué temor hay asociado a esa imagen?*

P: *Hacer daño a mis hijas*

T: *¿Qué es lo peor para ti si imaginas que haces daño a tus hijas?*

P: *Ser un fracaso como madre por hacer sufrir a un hijo*

T: *¿Cuáles son las peores consecuencias externas e internas que se pueden derivar?*

P: *Externas: traumatizar a mis hijas*

P: *Internas: “pensar que soy mala”*

T: *¿Cómo crees que te sentirías si imaginas esas consecuencias*

P: *Muchísimo dolor (afecto doloroso del TN)*

T: *¿Y qué pensarías de ti, en relación a ese sentimiento?*

P: *“No se puede soportar, estoy indefensa frente al dolor, soy débil para afrontarlo, merezco sufrir” (creencias referentes a la vulnerabilidad ante el sufrimiento)*

T: *Desde tu punto de vista, ¿cuándo comenzaste a ser consciente lo que es el sufrimiento de un hijo (contenido del TN), sentiste muchísimo dolor (contenido afectivo del TN) y creíste cosas como “no lo puedo soportar, soy débil, merezco sufrir” por primera vez?*

P: *Tiene que ver con todo el sufrimiento que viví de niña por mi padre enfermo, pero lo asocio sobre todo al día en que mi padre me pegó en la cabeza (recuerdo fuente: experiencia origen de la fobia al sufrimiento frente al TN)*

T: *¿Cómo interpretaste lo que pasó?*

P: *“Que era mala”*

T: *En aquel momento, ¿qué pensaste acerca de cómo tenías que ser, o qué tenías que hacer, conseguir, evitar, o cualquier otra cosa para protegerte de ese sentimiento?”*

P: *Tenía que ser buena, obedecer, estar callada, no gritar y no pelearme con mi hermana. Y que era mejor no pensar lo doloroso*

T: *Volviendo a la obsesión, trae la imagen obsesiva que representa hacer daño a un hijo. Eso, ¿qué diría de ti como persona? ¿Qué significa para tí?*

P: *“Soy un fracaso como madre”*

T: *¿Por qué?*

P: *Una buena madre no hace nunca nada que haga sufrir a sus hijos* (error lógico, creencia inadaptativa)

T: *¿Cuándo crees que comenzaste a temer fallar como madre?*

P: *El finde en casa de mi amiga* (traumatización frente al fracaso defensivo)

T: *¿Qué te planteaste en relación a ese temor?*

P: *“Que tenía que ser perfecta como madre”* (creencia defensiva perfeccionista)

T: *Y eso, ¿qué significa?*

P: *Que no puedo hacer nunca nada que haga sufrir a mis hijas*

T: *¿Qué estaba pasando en tu vida antes de que aparecieran las primeras obsesiones? ¿Hubo algún cambio, aunque fuera positivo?*

P: *Nació mi primera hija* (evento precipitador)

T: *¿Y cuál fue la primera situación donde apareció la imagen obsesiva?*

P: *A los pocos días de nacer mi primera hija, estaba en la cocina con un cuchillo y la oí llorar, cuando me vino la imagen agrediéndola con el cuchillo* (origen de la traumatización obsesiva)

(Con el recuerdo de ese momento, el terapeuta investiga la emoción y sensación física).

T: *Imáinate, céntrate en la situación, en la cocina con un cuchillo en la mano y oyes llorar a la niña, la creencia “se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso” la emoción de miedo y la sensación física de tensión en la mandíbula y deja que tu mente flote hacia el pasado, un tiempo*

pasado de tu vida, no busques nada concreto, y dime la primera imagen que te viene donde sentiste miedo o ansiedad ante lo desconocido, incierto y potencialmente peligroso”, en la parte del cuerpo donde me dijiste

Se repite varias veces y le vienen varios recuerdos. De esta manera se obtienen las experiencias alimentadoras de las fobias que aluden o señalan a los disparadores de la obsesión, entre las que se encuentran los recuerdos de vulnerabilidad frente al TN y de la traumatización al fracaso defensivo.

P: Cuando mi madre salía y me dejaba sola en la cuna, el primer día del cole, cuando me hice pis por miedo a mi padre que grita, cuando mi padre me grita y pega en la cabeza y el finde en casa de mi amiga

Se hizo el puente afectivo con los disparadores actuales de las obsesiones y en el cuadro de más abajo se puede ver con qué recuerdos están conectados.

Tabla 20. Registro de disparadores del TOC y conexión con recuerdos

DISPARADOR	OBSESIÓN	EMOSIÓN	SENSACIÓN FÍSICA	RECUERDOS
Se despierta con calor y dolor costado	¿Y si me he contagiado al clavarme la aguja?	Miedo	Tensión mandíbula	<i>Menopausia precoz</i>
Despierta en la cama	¿Qué pasará cuando vaya sola a sacar sangre?	Miedo	Tensión mandíbula	<i>Se pelea con su hermana y su padre chilla y le pega en la cabeza con 4 años Un día al ver venir a su padre gritando, se hizo pis Portazos, ruidos fuertes Su madre la deja el primer día de colegio</i>
Ver un objeto punzante en la cocina	Imagen de que alguien se lo clava	Miedo	Tensión mandíbula	<i>En la adolescencia la invita una amiga con su familia. Siente envidia de otros padres</i>
Tener un cuchillo en la mano y las hijas delante				<i>Primer día del cole, se separa de su madre y se queda con gente desconocida</i>
Hijas discutiendo y ella haciendo la cena con un cuchillo	Imagen clavando cuchillo a su hija	Miedo	Tensión mandíbula	<i>Cuando se hizo pis al venir su padre gritando En la adolescencia la invita una amiga con su familia. Siente envidia de otros padres</i>
Ir conduciendo con las niñas	Hijas se estrellan contra la luna	Miedo	Tensión mandíbula	<i>Su padre las pegaba y gritaba en el coche</i>

En resumen

Esta paciente ha tenido una infancia marcada por un padre desequilibrado emocionalmente, que sufría mucho y hacía sufrir. En cualquier momento su padre gritaba, daba golpes en la casa, amenazaba o en ocasiones le pegaba. En una ocasión su padre le pegó en la cabeza por pelearse con su hermana. Vivió esta experiencia con mucho dolor y lo interpretó pensando “soy mala”. Para defenderse del dolor que le ocasionaba el carácter de su padre, intentaba ser buena hija obedeciendo, no peleando con su hermana, no haciendo ruido, ni nada que pudiera molestar a su padre. Esta experiencia, origen de la vulnerabilidad al sufrimiento frente a un TN, generó la *defensa que protege de la vulnerabilidad al sufrimiento*, dando lugar al esquema defensivo que esconde el dolor y utiliza acciones mentales y conductuales para evitar la amenaza de dolor que suponen las reacciones de su padre y el pensar de sí misma que “es mala”.

Un día la llevó su padre a pasar el finde con una amiga. Pudo observar cómo era el padre de su amiga y lo comparó con su padre. Sintió envidia de su amiga y se avergonzó de su padre. Al darse cuenta de esto, sintió culpa y angustia y pensó “soy una mala persona” porque una hija no puede sentir vergüenza de su padre ni envidiar a otras personas que tienen padres mejores. Estos aspectos le generaron mucho dolor y la sensibilizó al sufrimiento de un hijo en el contexto de las relaciones con los padres, dando lugar a la *traumatización al fracaso defensivo*. Como consigna defensiva pensó “tengo que ser perfecta como madre”. Lo cual significaba para ella que una buena madre no hacía nunca nada que hiciera sufrir a un hijo. Siendo perfecta como madre, se aseguraba no traumatizar a un hijo y por otro, protegía la autoestima al evitar pensar “soy mala”.

Cualquier acción como madre que generara sufrimiento físico o emocional en un hijo le hace creer que es una mala madre, lo cual indica para ella que es “mala persona”. Contenidos interoceptivos dolorosos que teme por la carga de dolor que conllevan son el sufrimiento de un hijo, los pensamientos de fracasar como madre y la creencia nuclear “soy mala persona”.

A los pocos días de ser madre por primera vez aparecen las obsesiones donde le invaden imágenes de su bebé clavándole un

cuchillo.

El *evento precipitador* de las imágenes obsesivas es *ser madre* donde se activa la parte que protege del temor a fracasar como madre.

El disparador es el bebé gritando y llorando (hijo que sufre), estímulo condicionado al “sufrimiento de un hijo” y que alude para ella al fracaso como madre. En ese momento se encontraba en la cocina con un cuchillo en la mano.

El contenido obsesivo donde aparece la imagen clavándole un cuchillo al bebé, es una representación de todos los temores y por supuesto del fracaso total como madre y persona. La obsesión es como una advertencia del peligro de hacer daño a un hijo para no bajar la guardia y evitar así fallar como madre. Más adelante, al mostrar el trabajo con partes, se ve reforzada esta explicación.

La traumatización obsesiva se origina en la experiencia donde está en la cocina con un cuchillo en la mano, oye al bebé que grita y llora y aparece la imagen en su mente donde está clavándole el cuchillo.

Por medio del trabajo con las partes

Antes, por medio de psicoeducación, se le explica a la paciente:

T: Hay partes que desde dentro intentan ayudar, algunas de las cuales hacen su labor de manera oculta, sin que te enteres. Además, algunas funcionan como un robot, de manera que aprendieron en su día unas consignas que siguen cumpliendo a rajatabla, sin tener en cuenta las circunstancias porque funcionan de una forma autónoma y están aisladas. Unas se encargan de esconder el dolor, otras trabajan para evitar el fracaso en ciertas cosas importantes para ti. El resultado son las obsesiones que están aplastando al sistema y creando dificultades en el presente y sufrimiento, al verte invadida por esas imágenes y esas dudas recurrentes. Estas partes quieren ayudar, pero se necesita encontrar una solución y buscar otra forma eficaz de realizar la ayuda

Después hay que investigar si hay fobias disociativas a las partes y a las acciones mentales.

T: ¿Estás de acuerdo con ir al interior de ti misma, y podrían esas partes mostrarse y poder comunicarse con el sistema?

P: Sí

T: *¿Notas alguna sensación física en el cuerpo, al hacerte esta pregunta?*

P: *Estómago contraído*

T: *¿Y alguna emoción?*

P: *Miedo*

T: *¿Qué intensidad tiene la perturbación?*

P: *6*

T: *Simplemente date cuenta de esto, con la emoción que sientes en el estómago. EBL. ¿Qué viene ahora?*

P: *No sé qué va a aparecer*

T: *Quédate con eso. EBL. ¿Qué viene ahora?*

P: *Me acuerdo de cuando protegía a mi hermana de otras niñas en el colegio*

T: *Quédate con eso. EBL. ¿Qué viene ahora?*

P: *Estoy tranquila*

T: *Quédate con eso. EBL. ¿Qué viene ahora?*

P: *Estoy tranquila*

T: *¿Estás de acuerdo con ir al interior de ti misma, y podría esa parte mostrarse y poder comunicarse con el sistema?*

P: *Sí*

T: *¿Notas alguna sensación física en el cuerpo, al hacerte esta pregunta?*

P: *No, estoy bien*

Con esta paciente se utilizó el método de la sala de reuniones para conocer a las partes.

T: *Ahora quiero que imagines que bajas una escalera con 9 escalones, cada escalón que bajas hace que te sientas más dentro de ti. Abajo hay una puerta con un cartel que dice sala de reuniones. En esa habitación hay una mesa, alrededor unas sillas, una es para ti, las otras para otras partes de ti. Es una habitación segura. En ella nadie resulta herido. Es un lugar para conocerse mejor las partes. Empieza a bajar, cuando llegues al primer escalón, estás delante de la puerta de la sala de reuniones. Avísame*

P: *Ya estoy*

T: *Quiero que entres y te sientes en una de las sillas y vamos a invitar a las partes involucradas en tu problema obsesivo a que acudan y se vayan sentando en las sillas. ¿Qué partes ves?*

P: *Veo un saco lleno, una galleta enorme*

T: *¿Ves algo más?*

P: *No*

T: *Aunque no lo veas, ¿sientes de alguna manera que hay alguna parte más?*

P: *Sí, pero no la veo*

T: *¿Cómo te la imaginas?*

P: *Como un rombo negro*

T: *¿Qué función tiene?*

P: *No sabe nada*

T: *¿Cuándo apareció?*

P: *Cuando fui a pasar un finde a casa de una amiga y al comparar cómo era su padre con el mío, sentí envidia y vergüenza*

T: *¿Qué emoción está implicada?*

P: *Culpa*

T: *¿Qué dice eso de ti como persona?*

P: *“Soy diferente”*

T: *¿Y eso qué dice negativo de ti como persona?*

P: *No sé*

T: *Mira esta lista (listado de creencias negativas) y dime si hay alguna de estas frases que puedes asociar a ello*

P: *No sé (pasa un buen rato antes de contestar)*

T: *Mira de nuevo la lista y dime si alguna de estas creencias te resuena*

P: *“No soy suficientemente buena” (en este momento la paciente tiene una fuerte abreacción y hubo que estabilizarla, antes de poder continuar)*

T: *¿Qué es lo que te hizo pensar que no eres suficientemente buena?*

P: *Sentir envidia del padre de mi amiga y avergonzarme del mío*

T: *¿Por qué?*

P: *Porque una buena persona no debe sentirse avergonzada de alguien a quien quiere y envidiar a otros que ve mejores*

T: *¿Qué pensaste que tenías que hacer o ser a partir de ello?*

P: *Que cuando fuera mayor no podía hacer nada que hiciera sufrir a mis hijos para que no les pasara lo mismo que a mí y no*

traumatizarlos (consigna de seguridad a cargo de proteger del fracaso defensivo).

T: (al Yo A, dirigiéndose al saco lleno, pregunta), *¿Cuándo apareciste?*

P: *5 años*

T: *¿Qué función tienes?*

P: *Proteger de sufrir (defensa frente a la vulnerabilidad)*

T: *¿Qué te hacía sufrir?*

P: *Mi padre cuando nos pegaba, gritaba y amenazaba*

T: *¿Recuerdas la primera vez?*

P: *El día que me pegó en la cabeza*

T: *¿Qué pensaste de ti?*

P: *“Soy mala”*

T: *¿Qué sentiste?*

P: *Culpa*

T: *¿Qué pensaste que tenías que hacer o ser a partir de ello?*

P: *Ser buena, obedecer, estar callada, no gritar y no pelearme con mi hermana. Y que era mejor no pensarlo (tendencias de acción del esquema defensivo)*

T: *¿Cómo hace su función?*

P: *Escondiendo lo doloroso*

T: (pide al Yo A que se dirija a la galleta grande) *¿Cuándo apareció?*

P: *Aparecí con 31 años, cuando nace mi primera hija*

T: *¿Cuál es tu función?*

P: *Alimentar la inseguridad, para defenderme del fracaso como madre (parte a cargo de la tendencia de acción obsesiva)*

T: *¿Qué es una buena madre para ti?*

P: *Una buena madre no puede cometer errores para no traumatizar a sus hijos*

T: *¿Qué errores no puede cometer una madre?*

P: *No puede hacer nada que haga sufrir a un hijo*

En resumen

Parte a cargo de esconder el dolor: un saco que aparece con 5 años cuando le pega en la cabeza su padre.

Parte a cargo de proteger del fracaso defensivo por medio de la creencia defensiva perfeccionista “tengo que ser perfecta como

madre”: un rombo que aparece a los 10 años a raíz del finde con su amiga.

Parte a cargo de la tendencia de acción obsesiva: una galleta enorme que alimenta la inseguridad para defender del fracaso como madre. Aparece a los 31 años cuando está en la cocina con un cuchillo en la mano y oye llorar al bebé, disparando la obsesión.

Recuerdos que contribuyen al problema obsesivo

(Desde siempre) Padre chilla, da portazos, golpes y amenaza (conforma el estado emocional doloroso).

(5) El día que su padre la pega en la cabeza (recuerdo fuente: origen de vulnerabilidad al sufrimiento frente al TN: sufrimiento traumático de un hijo-“soy mala”).

(10) El fin de semana en casa de amiga (traumatización frente al fracaso defensivo: “soy mala”-“tengo que ser perfecta como madre”).

(31) Ser madre (evento precipitador: riesgo de hacer sufrir a sus hijos y de ser mala madre).

(31) En la cocina con un cuchillo en la mano, oye llorar al bebé y le aparecen imágenes intrusivas agrediendo al bebé con el cuchillo que tiene en la mano (origen de la traumatización obsesiva).

Recuerdos conectados a los disparadores de obsesiones

(2) Su madre salía y la dejaba sola en la cuna.

(5) Padre grita y pega en la cabeza, madre dice: en la cabeza ¡NO!

(4) Separación de su madre primer día de colegio.

(4) Se hace pis encima al ver al padre que va hacia ella gritando.

(5) Discutiendo en el coche con su hermana, padre chilla y pega.

(10) Fin de semana con una amiga y su familia, siente envidia del padre de su amiga.

Disparadores actuales

- Estar con su padre en el parque, contándole sus obsesiones y sus amigas cerca.
- Duchándose.
- Los niños hacen algo que no le gusta, chillan o se pelean.
- Cortando con un cuchillo.
- Al despertar se acuerda de su padre.
- Ver un objeto punzante en la cocina.
- Cenando con la familia política, con una tijera en la mano.

- Compañera le cuenta problemas con su hija.
- En el baño su hija llora y llama a su padre.
- Conduciendo con prisa, para recoger niñas.
- En el trabajo, doblando un folio.

Tratamiento

Se muestran a continuación los objetivos y técnicas empleados en las sesiones a lo largo del tratamiento de la paciente

Sesión nº 1

Los objetivos son implementar *habilidades de conciencia* a través de realizar ejercicios de contacto con el cuerpo, como notar la respiración, tocar cosas para localizar las sensaciones físicas en el cuerpo.

Después se dio *psicoeducación acerca de las emociones*, para identificarlas. Esta paciente, como se recordará, tenía un bajo nivel de percepción emocional, lo cual indica la existencia de defensas de despersonalización.

También se explicó cómo hacer *muestras* y se realizaron ejemplos con la paciente para rellenar el registro.

Se le enseñó la *técnica de relajación* basada en una respiración lenta, que parte del pecho, que es la que tiene cuando está tranquila. Y se instaló el lugar seguro con EBL, que la paciente eligió en un SPA y la palabra asociada fue “silencio”.

Sesión nº 2-3

Se comienza con el *análisis de registros* de la semana. Se muestra parte de los registros.

Tabla 21. Registro del paciente

DÍA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	SENSACIÓN
L	Se despierta con calor y dolor costado	¿Y si me he contagiado al clavarme la aguja?	Miedo	Tensión mandíbula
L	Ve un objeto punzante en la cocina	Imagen de que alguien se lo clava	Miedo	Tensión mandíbula
M	Quitando la silla a la niña del coche	Imagen de su hija muy grave en el hospital	Miedo	Tensión mandíbula
J	Con un cuchillo	Imagen de alguien que me lo clava en el cuello	Miedo	Tensión mandíbula
J	Hijas discutiendo y ella haciendo la cena con un cuchillo	Imagen clavando cuchillo a su hija	Miedo	Tensión mandíbula

Se hace *mindfulness* con las emociones y sensaciones que presenta y como *técnicas de manejo emocional* se la entrena en el uso del olor, el ejercicio de los cuatro elementos para reducir el estrés, el chorro de luz y el contenedor.

Se prepara para hacer el reprocesamiento del choque anafiláctico que tuvo a los 28 años.

Sesión nº 4

Se hace el *reprocesamiento del choque anafiláctico* con protocolo básico EMDR. Queda en VOC: 0 y SUD: 7, con chequeo corporal.

Sesión nº 5-6

Se chequea el recuerdo. El disparador del presente de las obsesiones hipocondríacas está relacionado con el choque anafiláctico.

Se van a dar *estrategias para el afrontamiento de los procesos obsesivos*. En este punto, se ha creado con la paciente una buena alianza terapéutica, aspecto fundamental para motivarla a experimentar con opciones diferentes a las utilizadas hasta el momento para afrontar las obsesiones.

La paciente, a través de implementar las habilidades de manejo emocional toma conciencia de su efectividad para el control de los

afectos, que se refuerza con EBL.

Se le dio *psicoeducación acerca del mecanismo circular obsesivo*, partiendo de que tomara conciencia de las estrategias que viene utilizando.

T: *Cuando te aparecen los pensamientos de “y si estoy empeorando de mi enfermedad”, ¿llevas a cabo algún tipo de conducta?*

P: *Me tomo la tensión y el pulso*

T: *A nivel del pensamiento, ¿piensas o te dices algo como respuesta?*

P: *Sí, me digo que estoy bien como lo prueban los últimos análisis*

T: *Y cuando lo que te invaden son esas imágenes, ¿cómo respondes?*

P: *No hago nada*

T: *A nivel mental, ¿intentas o te respondes algo?*

P: *Intento distraerme para que desaparezcan o razono que es absurdo*

Se le explicó que las respuestas conductuales y cognitivas para afrontar la obsesión se denominan conductas neutralizadoras y alimentan el proceso obsesivo. Por tanto, un objetivo prioritario es el conseguir la eliminación de las mismas. Son como el oxígeno que alimenta el fuego.

Tomarse la tensión y el pulso son compulsiones físicas que impiden desconfirmar los temores a través de la experiencia, alimentan la duda subyacente y refuerzan el valor del pensamiento.

Intentar que desaparezca la obsesión o racionalizarla, constituyen conductas de neutralización cognitiva y básicamente consiste en tres tipos de estrategias: liberar la atención del contenido obsesivo, el uso de la lógica y del razonamiento y los rituales cognitivos, que ella no tiene. El proceso obsesivo se extingue a través de la eliminación de las compulsiones, físicas y mentales. Luchar efectivamente con las obsesiones es eliminar las compulsiones.

Se le propone que cuando le vengan los pensamientos obsesivos ¿y si he empeorado de mi enfermedad?, no compruebe nada y que *acepte la duda* en ese momento, respondiéndose: “es solo un pensamiento, no lo sé ahora, ya se verá”.

También se le mostró cómo realizar la *técnica de autoexposición*. Se le propuso utilizarla para habituarse al pensamiento obsesivo y como estrategia de afrontamiento para las imágenes obsesivas. También se le propuso, para disminuir la intensidad emocional de las imágenes obsesivas, que utilizara cambiar las modalidades sensoriales. Por ejemplo, si la imagen tenía colores vivos, probar autoexponerse a ella, en blanco y negro, o desenfocada, etc.

Sesión nº 7

La paciente plantea como dificultad los niveles de ansiedad que le supone exponerse a la imagen obsesiva. Por ello, se utiliza el *protocolo de tolerancia a la angustia con la imagen obsesiva* cuando se ve clavando un cuchillo a su hija.

Sesión nº 8

En la conceptualización de este caso, la paciente estaba estabilizada y con un buen nivel de funcionamiento general. Además, se descartó un trastorno disociativo. Debido a ello, el trabajo con partes se introdujo después del reprocesamiento de aspectos involucrados en el proceso obsesivo. Pero hay que tener en cuenta que, en muchos casos, hay que abordar antes el trabajo con las partes.

En esta sesión se *preparó al yo adulto de la paciente para el trabajo con las partes* mediante psicoeducación y se abordó la fobia hacia el mundo interno con intervenciones EMDR.

Este trabajo se mostró anteriormente en la conceptualización, como ejemplo de trabajo con las partes.

Sesión nº 9

Se propone a la paciente que baje a la sala de reuniones y que proyecte en una pantalla el recuerdo origen de la vulnerabilidad al sufrimiento frente al TN. A continuación, se invita a la parte que contiene el dolor y a las partes que se activan, involucradas en las obsesiones, que acudan a la sala.

T: *Cierra tus ojos e imagina el momento peor cuando tu padre te pega en la cabeza e invita a las partes involucradas en las obsesiones a que acudan a reunirse contigo. Avísame cuando aparezcan*

P: *Ya las veo*

T: *¿Qué partes ves?*

P: *El saco, el rombo y la galleta*

T: *Vamos a pedirles a las partes que escuchen y vean lo que vamos a hacer. Aprendiste acerca del sufrimiento ciertas creencias como que “no se puede soportar, estoy indefensa frente al dolor, o que eres débil para afrontarlo o que mereces sufrir” y eso te llevó a buscar formas de evitarlo o en caso de no poder conseguirlo, a no darte cuenta. La razón es que eras una niña en unas circunstancias difíciles, pero ahora esa niña ha crecido y forma parte de una adulta fuerte y con recursos. Todos los seres humanos estamos preparados para superar el dolor y eso nos hace más fuertes y más sabios. Cuando no se asume lo doloroso que nos sucede en la vida, y se intenta no sentirlo o no percibirlo, es como si cuando tenemos una herida, nos tomamos una aspirina y nos la tapamos. De esta forma, es como ocultarnos la herida para no verla y así nos creamos la ilusión de que no existe. Pero la herida sigue ahí y como no se ha curado, provoca una enfermedad peor y más grave que la propia herida. Todo ello nos debilita, nos hace vulnerables y nos crea muchos problemas. Nos convertimos en un enfermo crónico*

Si uno acepta sentir el dolor y lo siente y piensa en lo doloroso y lo acepta, llega un momento que el dolor se supera. El ser humano tiene que sufrir, pero también tiene la capacidad de superarlo y hacerse más fuerte con ello

Hay que ser valiente, mirarlo de frente y aceptar pasar por el mal momento. Y luego, como te dije, siempre pasa y nos deja como regalo que somos más fuertes y más sabios. Piensa en esto. EBL. ¿Qué viene ahora?

P: *No sabía esto*

T: *Piensa en ello. EBL. ¿Qué viene ahora?*

P: *Me doy cuenta de que estaba equivocada*

T: *¿Cuánto sientes verdad entre 1 (completamente falso) y 7 (completamente verdadero) “es mejor esconder el sufrimiento que hacerle frente”?*

P: *Un 4*

Sesión nº 10

El siguiente objetivo que se abordó es la *orientación de las partes en el presente*, por medio de imágenes de la línea construida del tiempo de recuerdos neutros o positivos, incluyendo los siguientes

que están relacionados con el problema obsesivo: (4) padre le pega en la cabeza, (10) fin de semana en casa de amiga, (31) en la cocina con un cuchillo en la mano y oye llorar al bebé. Se pasó 3 veces hasta que las partes sintieron que ahora formaban parte de una adulta

Después se propuso el *acuerdo con las partes* de que funcionaran coordinadas con el yo adulto en el día día y dejar pasar emociones reprimidas hasta una intensidad de 5 o 6, que los afronta con los recursos que tiene. Y desviar el material doloroso reprimido a los sueños, que se irán recordando gradualmente a medida que el sistema esté preparado para procesarlo en terapia.

Para terminar, las partes acordaron hacer el *experimento de permitir acceder al dolor de esa niña y ayudarla*. Se utilizó el protocolo de autocuidado positivo entre el yo adulto y la niña que sufre por ver a su padre desequilibrado mentalmente, sufriendo y haciendo sufrir.

Sesión nº 11

Se llevó a cabo el trabajo del yo adulto con la parte a cargo de la tendencia de acción obsesiva, que es la galleta en este caso.

T: *¿Qué significa la imagen obsesiva de clavar un cuchillo a tus hijas?*

P: *El que una madre traumatice a sus hijos*

T: *¿Qué tiene de bueno traer esa imagen a la mente?*

P: *Ser consciente del peligro que supone que pueda ocurrir lo que temo, para evitar que suceda. Alimento la inseguridad para proteger del fracaso como madre*

T: *Y haciendo eso, ¿cómo esperas sentirte?*

P: *Segura*

T: *Trae la obsesión ahora a la mente, ¿cómo te sientes en realidad cuando te invade la obsesión?*

P: *Mucha angustia, miedo e inseguridad*

T: *Piensa en ello. EBL*

Después de que la parte es consciente del paradójico efecto emocional que provoca, se potencia la consciencia de la creencia alimentadora de la obsesión “ser consciente del peligro potencial de que ocurra lo que temo, evita que suceda”, que se desmonta mediante shocks cognitivos y EBL.

Esta parte, la galleta, tiene la función de traer a la conciencia la imagen que representa lo que teme, como medio de obtener seguridad. El yo adulto le trasmite a la parte que ambos comparten el objetivo de conseguir seguridad. Se le propone funcionar ambas partes coordinadas. El yo adulto es la conexión entre el mundo externo y el interno, por lo que es la parte que puede valorar si hay un peligro real. La galleta, que funciona en el mundo interno, podría traer a la conciencia los recursos, cualidades, fortalezas o partes que el sistema tiene, según se necesite, para ayudar al yo adulto.

Sesión nº 12

Trabajo del yo adulto con la parte a cargo de la consigna perfeccionista que defiende del fracaso defensivo ante el sufrimiento, generado por las amenazas que constituyen el TN. Recordemos que esta función está a cargo del rombo, que utiliza la consigna de ser perfecta como madre, que significa no hacer nada que haga sufrir a un hijo como medio de protegerle de ser traumatizado.

Un objetivo es *abordar las creencias inadaptativas y errores lógicos, base de la consigna defensiva controladora* “tengo que ser una madre perfecta”.

T: *¿En qué consiste ser una buena madre?*

P: *Una buena madre no puede cometer errores, es decir, no puede hacer nada que haga sufrir a sus hijos, para no traumatizarlos*

A continuación, primero se hizo psicoeducación con el concepto de madre suficientemente buena y luego se utilizaron shocks cognitivos con EBL.

T: *¿Consideras que tu madre ha sido buena?*

P: Sí. EBL

T: *¿En algún momento tu madre hizo o dijo algo que te hiciera sufrir?*

P: Sí. EBL

P: *Me acabo de dar cuenta de que eso no me traumatizó, que una buena madre comete errores que no tienen por qué tener graves consecuencias*

Otro objetivo es abordar la creencia acerca de la envidia “una buena persona no debe sentir envidia por alguien a quien quiere”,

por medio de psicoeducación y el uso de shocks cognitivos, con EBL.

Después se les pidió a todas las partes que sean conscientes de las creencias “se pueden cometer errores como madre sin traumatizar a los hijos”, “las buenas personas sienten envidia”.

Se trabaja un acuerdo con el rombo (muy pequeñito ahora) de forma que ayude al yo adulto a tener conciencia de los fallos para mejorar. La parte se siente liberada.

Sesión nº 13

Se reprocesa el recuerdo de la TFD desde las distintas partes que contribuyen a la defensa obsesiva. Aparecen el saco y el rombo

El peor momento del recuerdo es cuando está con su amiga hablando y siente envidia de ella. Se trabaja con la parte representada por el saco con la creencia negativa “se debe evitar pensar lo que produce sufrimiento” y con la parte representada por un rombo.

Sesión nº 14-18

En esta sesión y las siguientes se procede a implementar el suprotocolo de reprocesamiento de la TOB.

La paciente elige como primer blanco (PP), la imagen obsesiva de estar clavando a sus hijas un cuchillo. Se investiga la metacognición que alimenta el valor de realidad de la obsesión.

T: *Obsérvate a ti misma haciendo la cena mientras tus hijas discuten, con la imagen clavándoles un cuchillo y explícame el significado que tiene para ti la obsesión*

P: *“Si pienso o imagino algo, quiere decir que puedo hacerlo”*

Se reprocesa la imagen obsesiva con la creencia “si lo pienso, quiere decir que puedo hacerlo”, con el subprotocolo EMDR para TOB, limitando las asociaciones y con el uso de entretejidos.

Los siguientes fragmentos perturbadores que se utilizaron como blancos fueron:

Reprocesamiento del recuerdo de la primera vez que aparecen obsesiones, ella en la cocina con el cuchillo mientras oye gritar y llorar al bebé.

Reprocesamiento de los disparadores actuales más comunes: en la cama al despertar, ver un objeto punzante en la cocina, compañeros

le cuentan problemas con los hijos, conduciendo con prisa, las niñas hacen algo que no le gusta, chillan o se pelean.

Sesión 19 a 30

Respecto al pasado, los blancos están relacionados con los recuerdos alimentadores de los disparadores y las creencias nucleares. Con los primeros, se sigue el protocolo básico EMDR mientras que con las creencias nucleares se sigue el “método dos” de reprocesamiento de los recuerdos, agrupados según las creencias.

Creencia “soy débil”

- Primer día del cole, se separa de su madre y se queda con gente desconocida
- Cuando se hizo pis al venir su padre gritando
- Su padre les pegaba y gritaba en el coche
- Portazos, ruidos fuertes
- Baja laboral por estrés

Creencia “soy mala”

- Se pelea con su hermana y su padre chilla y le pega en la cabeza con 4 años
- En la adolescencia la invita una amiga con su familia y siente envidia del padre que tiene
- Cuando grita a sus hijos

Sesión de seguimiento

El caso se revisó 4 años después, manteniéndose la paciente libre de obsesiones y síntomas.

Bibliografía

Adamec, R. (1990). Kindling, Anxiety and Limbic Epilepsy: Human and Animal Perspectives. In J.A. Wada (Ed.), *Kindling 4* (pp. 329-341). New York: Raven press.

Adler-Tapia, R. y Settle, C. (2009). Evidence of the Efficacy of EMDR With Children and Adolescents in Individual Psychotherapy: A Review of the Research Published in Peer-Reviewed Journals. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 232–247. doi: 10.1891/1933-3196.3.4.232.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analitic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.

Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Reinhart y Winston.

American Psychiatric Association. APA. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arnedo, M., Roldán, L. y Morell, J.M. (1996). Aproximación Psicobiológica al Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psicología conductual*, 4(3), 307-321.

Asorey, O. (2013). *Materiales del Máster de Psicología Clínica y de la Salud*. Trabajo presentado en ISEP. Barcelona, Madrid, Valencia, Zaragoza.

Aston-Jones, G., Valentino, R.J., Van Bockstaele, E.J. y Meyerson, A.T. (1996). Locus coeruleus, stress and PTSD: Neurobiological and clinical parallels. In M. M. Murburg (Eds.). *Catecholamine function in posttraumatic stress disorder: Emerging concepts* (pp. 17–62). Washington: American Psychiatric Association.

Bados, A. (diciembre, 2005). *Trastorno obsesivo compulsivo*. Trabajo presentado en el Departament de personalitat, avaluació i tractament psicològics. Universitat de Barcelona.

Baek, J; Lee, S; Cho, T; Kim, SW; Kim, M; Yoon, Y. ... Kim, KK. (2019). Neural circuits underlying a psycho-therapeutic regimen for fear disorders. *Nature*, 566, 339-343.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. New York: Oxford University Press.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical Aspects*. Nueva York: Hoeber Medical Division, Harper y Row.
- Beebe, B. (2000). Coconstructing Mother–Infant Distress: The Microsynchrony of Maternal Impingement and Infant Avoidance in the Face-to-Face Encounter. *Psychoanalytic Inquiry*, 20(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1080/07351692009348898>.
- Bekkers, A.F.M.I. (1999). Enige ervaringen met EMDR bij dwang. En W.P. Haaijman., H. J. Diepstraten y R.E.O. Van Schevikhoven, (Eds.), *Ongewoon en anders*. 25 jaar kliniek Overwaal te Lent. Nederlands: Boekwinkeltjes.
- Belloch, A. y Sandín, B. (1996): *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. España.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. y Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo compulsivo: resultado preliminar del Inventario de creencias obsesivas (ICO). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 235-250.
- Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H. y Stern, M. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 431-450.
- Bey, K., Lennertz, L., Riesel, A., Klawohn, J., Kaufmann, C., Heinzl, S. ... y Wagner, M. (2017). Harm avoidance and childhood adversities in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected first-degree relatives. *Acta Psychiatr Scand*, 135(4), 328-338.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>.
- Blomberg, H. y Dempsey, M. (2011). *Movements that Heal*. Melbourne: Bookpal.
- Böhm, K. y Voderholzer, U. (junio, 2012). *El uso de EMDR en el tratamiento de trastornos obsesivo compulsivos: Una casuística*. Trabajo presentado en 13ª Conferencia Europea EMDR. Madrid.
- Boticario, M.J. (2015). *Actividad cognitiva y Trastorno obsesivo compulsivo*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/37560/1/T37206.pdf>.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. New York: Basic Books.

Brewin, C.R., Andrews, y Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk-factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Briggs, ES. y Price, IR. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disord*, 23(8), 1037–1046.

Brown, M.R., Fisher, L.A., Spiess, J., Rivier, C., Rivier, J. y Vale, W. (1982). Corticotropin-releasing factor: Actions on the sympathetic nervous system and metabolism. *Endocrinology*, 111(3), 928-931.

Brown, S. y Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 5(5), 403–420.

Brussoni, M. J., Jang, K. L., Livesley, W. J. y MacBeth, T. M. (2000). Genetic and environmental influences on adult attachment styles. *Personal Relationships*, 7(3), 283–289.

Butler, AC., Brown, GK., Beck, AT. y Grisham, JR. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in bordeline personality disorder. *Behaviour Reasearch and Therapy*, 40(10), 1231-1240.

Carpenter, L. y Chung, MC. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother*, 84(4), 367–88.

Carver, C.S., Sutton, S.K. y Scheier, M.F. (2000). Action, emotion, and personality: Emerging conceptual integration. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(6), 741-751.

Chambers, R.A., Bremner, J.D., Moghaddam, B., Southwick, S.M., Charney, D.S. y Krystal, J.H. (1999). Glutamate and post-traumatic stress disorder: Toward a psychobiology of dissociation. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(4), 274-281. doi: 10.153/scnp00400274.

Chefet (2004). The paradox of “detachment disorders”: binding-disruptions of dissociative process. *Psychiatry*, 67(3), 246-55.

Courtois, C: A; Ford, J. D y Cloitre, M. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: Guilford Press.

Cusimano, A. (2018). EMDR en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en adolescentes: un estudio de caso. *Revista de práctica e investigación EMDR*, 12(4), 242-254. doi: 10.1891 / 1933-3196.12.4.242.

Crawford, T. N., Livesley, W. J., Jang, K. L., Shaver, P. R., Cohen, P. y Ganiban, J. (2007). Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *European Journal of Personality*, 21. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/per.602>.

Cromer, KR; Schmidt, NB. y Murphy, DL. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 45(7), 1683–1691.

Cruzado, J.A. (1998). Trastorno obsesivo-compulsivo. En M.A. Vallejo, (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (vol. I, pp. 363-428). Madrid: Dykinson.

Cruzado, J.A. (2011). Trastorno Obsesivo Compulsivo. En V. Caballo, I. Salazar y J.A. Carrobes (Comps.). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos*, (pp. 233-265) Madrid: Pirámide.

Damasio, A.R. (1994). *El error de Descartes*. Barcelona: Andrés Bello.

De Silva, P. y Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 941–951.

Diccionario Encarta de Microsoft Corporation (2009). Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Encarta.

Díaz Benjumea, J. (2007). Conceptualización y clínica de los fenómenos disociativos: una revisión detallada de las diferentes posturas. *Aperturas psicoanalíticas*, 35. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000541ya=Conceptualizacion-y-clinica-de-los-fenomenos-disociativos-una-revision-detallada-de-las-diferentes-posturas>.

Dobbing, J. y Smart, J.L. (1974). Vulnerability of developing brain and behaviour. *British Medical Bulletin*, 30(2), 164-168.

Dowling, A. L. S., Martz, G. U., Leonard, J. L. y Zoeller, R.T. (2000). Acute Changes in Maternal Thyroid Hormone Induce Rapid and Transient Changes in Gene Expression in Fetal Rat Brain. *Journal of Neuroscience*, 20(6), 2255-2265. doi.org/10.1523/JNEUROSCI.20-06-02255.2000.

Dutra, L., Bureau, JF., Holmes, B., Lyubchik, A. y Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways

to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 383-90.
doi:10.1097/NMD.0b013e3181a653b7.

Fanselow, M.S. y Lester, L.S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. En R.C. Bolles y M.D. Beecher (Eds.). *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Field, A. y Cottrell, D. (2011). Eye movement desensitization and reprocessing as a therapeutic intervention for traumatized children and adolescents: A systematic review of the evidence for family therapists. *Journal of Family Therapy*, 33(4), 374–388. doi .org/10.1111/j .1467-6427.2011. 00548.x

Foa, E.B., Wilson, R. (2001). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Ediciones Robinbook.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. y Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. y Target M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Fontenelle, LF., Cocchi, L. y Harrison, BJ. (2012). Towards a posttraumatic subtype of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 377–383.

Frankl, V. (1997). *La idea Psicológica del Hombre*. Madrid: Rialp

Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Freeston, M., Landouceur, R., Gagnon, F. y Thiboudeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(1), 1-21.

Freud, A. (1965). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Freud, S. (1998). *Esquema del psicoanálisis*. Madrid: Debate.

Frost, R. y Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291-296.

García-Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y Obsesiones clínicas: contenidos y significado personal* (Tesis doctoral, Universidad de

Valencia). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10803/10164>.

Gavino, A., Godoy, A., Moreno, B., Estebez, R. y Rodríguez-Naranjo, C. (1988). *Obsesiones: Teorías, evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.

Gellhorn, E. (1967). The tuning of the nervous system: Physiological foundations and implications for behavior. *Perspectives in Biological Medicine*, 10(4), 559-591. doi: 10.1353/pbm.1967.0021.

Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Erlbaum Associates.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety, and depression: the role of evaluation and social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 174-189. Recuperado de [https://doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3%3C174::AID-CPP236%3E3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3%3C174::AID-CPP236%3E3.0.CO;2-U).

Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The Role of Attraction, Social Competition, and Social Hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 723-751. doi: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70260-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70260-4).

Goldberg, A. (septiembre, 2014). *Regulación afectiva relacional para sobrevivientes de Trauma complejo*. Trabajo presentado en XXV Conferencia Anual de EMDRIA. Denver.

Goldsmith, H. H. y Harman, C. (1994). Temperament and attachment: Individuals and relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 3(2), 53–57. Recuperado de <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.ep10769948>.

Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T. y Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 192–198.

Glover V. (1997). Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry*, 171(2), 105-106. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.171.2.105>.

Glynn, L.M., Wadhwa, P.D., Sandman C.A. y Curt A. (2000). The Influence of Corticotropin-Releasing Hormone on Human Fetal Development and Parturition. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*; 14(3-4).

Goleman, D. (1998). *Psicología del autoengaño*. Buenos Aires: Atlántida.

González, A. y Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación: el abordaje progresivo*. Madrid: Ediciones Pléyades.

Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T. y Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 192–198.

Greenberg, M.A., Wortman, C. B. y Stone A.A (1996). Emotional Expression and Physical Health: Revising Traumatic Memories or Fostering Self-Regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 588-602.

Gruner, P. y Pittenger, C. (2016). Cognitive inflexibility in Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuroscience*, 345, 243-255.

Harkness, K.L. y Tucker, D.M. (2000). Motivation of neural plasticity: neural mechanisms in the self-organization of depression. In M.D. Lewis y I. Granic (Eds.). *Emotion, development and self organization* (pp.186-208). New York: Cambridge University Press.

Hazari, N., Narayanaswamy, J.C. y Venkatasubramanian, G. (2019). Neuroimaging findings in obsessive-compulsive disorder: A narrative review to elucidate neurobiological underpinnings. *Indian Journal Psychiatry*, 61(1), 9-29. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_525_18.

Hemmings, S.M., Lochner, C., Van der Merwe, L., Cath, D.C., Seedat, S. y Stein, D.J. (2013). BDNF Val66Met modifies the risk of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1857–1863.

Hettema, J. M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (1 Oct 2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>.

Hilgard E.R. (1977) The problem of divided consciousness: a neodissociation interpretation. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 296, 48-59.

Hoffman, K.L. y Rueda Morales, R.I. (2009). Toward an understanding of the neurobiology of “just right” perceptions: Nest building in the female rabbit as a possible model for compulsive behavior and the perception of task completion. *Behavioural Brain Research*, 204(1), 182-191.

Hollander, E., De Caria, C., & Liebowitz, M. R. (1989). Biological aspects of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19(2), 80-87.

Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients

with adolescent-onset anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry*, 14(2), 106-110.

Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, N.J: Jason Aronson.

Howell, E.F. (2005). *The Dissociative Mind*. Hillsdale, N.J: The analytic press.

Hutchison, Harfa y Dostrovsky, (1996). Ventrolateral orbital cortex and periaqueductal gray stimulation-induced effects on on- and off-cells in the rostral ventromedial medulla in the rat. *Neuroscience*, 70(2), 391-407.

Janet (1903). *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: Félix Alcan.

Jarero, I., Artigas, L. y Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82-94.

Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M. y Miranda, A. (2013). EMDR individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55-64.

Jarero, I. (2012). *Habilidades de manejo de los afectos*. Documentos de la Asociación EMDR. Recuperado de <https://www.google.com/>

Jaurieta, N. (2008). *Espectro obsesivo-compulsivo: correlatos clínicos y eficacia del tratamiento cognitivo-conductual* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperada de <https://hdl.handle.net/10803/5582>.

Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187-196.

Jenike, M.A. (1996). Cerebral structure abnormalities in obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(7), 625-632.

Jongh, A. E., Ten Broeke, E. y Meijer, S. (2010). Enfoque de cuestionario de dos métodos: un modelo de conceptualización de casos en el contexto del EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12–21.

Jongh, A., Broeke, E. y Meijer, S. (2010). El enfoque de Dos Métodos: Modelo de conceptualización de caso en el contexto del EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1).

Jung, C.G. (1999). Estudios psiquiátricos: *Obra Completa Vol. I*. Madrid: Trotta.

Keenan, P, Keenan, L., Ingham, C. y Farrell, D. (junio de 2014). *Treating obsessive compulsive disorder (OCD) using eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR): A case series design*. En EMDR Research Symposium (Derek Farrell, Chair). Symposium presented at the 15 EMDR Europe Association Conference, Edimburgo, Escocia.

Keyes, K.M., Eaton, NR., Krueger, R.F., McLaughlin, KA., Wall, MM., Grant, BF. y Hasin, DS. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 200. Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>

Knipe, J. (2019). *Caja de herramientas. Teoría y tratamiento del PEPT complejo y disociación*. Madrid: Ediciones Pléyades.

Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 264–278. doi.org/10.1891/1933-3196.3.4.264.

Lafleur, DL., Petty, C., Mancuso, E., McCarthyet, E., Biederman, J., Faro, A., Levy, H.C. y Geller, D.A. (2011). Traumatic events and obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: is there a link? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513–519. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.12.005.

Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50(5), 372-385.

Lang, P.J., Bradley, M.M. y Cuthbert, B.N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1248-1263.

Leckman, J.F. y Bloch, M.H. (2008). A developmental and evolutionary perspective on obsessive-compulsive disorder: Whence and whither compulsive hoarding? *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1229–1233. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08060891. PubMedCrossRefGoogle Scholar.

LeDoux, J. (1991). Emotions and the limbic system concept. *Concepts in Neuroscience*, 2, 169–199.

Lee, H. J. y Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11-29.

Leeds, A. M. (2011). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Biblioteca de psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lewis A. (1936). Problems of Obsessional Illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29(4), 325-336. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003591573602900418>.

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. En J. Solomon y C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York: Guilford Press.

Lipton, B. (2005). *La Biología de la creencia: la liberación del poder de la conciencia, la materia y los milagros*. Madrid. Palmyra.

Lochner, C., Du Toit, P.L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., Van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J. y Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66–68.

Lochner, C., Seedat, S., Allgulander, C., Kidd, M., Stein, D. y Gerdner, A. (2010). Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. *African Journal of Psychiatry*, 13, 376–381.

Lyons-Ruth, K., Connell, D.B., Grunebaum, H.U. y Botein, S. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61(1), 85-98.

Marr, J. (2012). Preliminary Research of Obsessive-Compulsive Disorder with EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 2-15.

Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Alis, S. y Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology and psychotherapy*, 25(1), e10-e18. doi: 10.1002 / cpp.2120.

Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742-751.

Mayer-Gross W. (1995). Clinical research in psychiatry: retrospect and prospect (abridged): president's address. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 48(3), 217-23.

Mazzon, G.-P., Pozza, A., La Mela, C., y Fernández, I. (2017, octubre). CBT combined with EMDR for resistant refractory obsessive-compulsive disorder: Report of three cases. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(5), 345-356.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C.L. y Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McFall, M.E. y Wollersheim, J.P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4), 333-348.

McGregor, NW., Hemmings, S.M., Erdman, L., Calmarza-Font, I., Stein, D.J. y Lochner, C. (2016). Modification of the association between early adversity and obsessive-compulsive disorder by polymorphisms in the MAOA, MAOB and COMT genes. *Journal of Psychiatric Research*, 246, 527–532.

McKeon, J., Roa, B. y Mann, A. (1984). Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 144, 185–189.

Miller, J. (septiembre 2014). *EMDR y Adicción: Habilidades esenciales más allá de la formación básica*. Trabajo presentado en la XXV Conferencia Anual de EMDRIA. Denver, CO.

Millon, T., George, S. y Everly, Jr. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Molero, R., Sospedra, R., Sabater, Y., y Plá, L.R. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 1(1), 511-520.

Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1), 1-8.

Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914-18*. Cambridge: Cambridge University Press.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Nauta, W. (1964). Some efferent connections of the prefrontal cortex in the monkey. En J. Warren y K. Akert (Eds.), *The frontal granular cortex and behavior* (pp 397–409). New York: McGraw-Hill.

Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M. y Tarrahi, M.J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of

obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 270–274.

Neimeyer, R.A. (1997): *Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte*. Barcelona: Paidós.

Nicolini, H., Herrera, K., Páez, F., Sánchez de Carmona, M., Orozco, B., Lodeiro, G. y De la Fuente, J.R. (1996). Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el TOC. *Salud Mental* 19(3), 13-16.

Nijdam, M., Pol, M.V.D., Dekens, R., Olff, M., y Denys, D. (2013). El tratamiento del trauma sexual disuelve el miedo a la contaminación: reporte de caso. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 19157. doi: 10.3402 / ejpt.v4i0.19157.

Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma [Dissociative disorders and psychological trauma]*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: W.W. Norton y Co.

Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O. y Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality, niños y adolescentes. *Actas Especialidad de Psiquiatría*, 32(4), 216-221.

Norman, RE., Byambaa, M., De, R; Butchart, A; Scott, J. y Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9(11). doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.

Odent, M. (1986). *Primal Health*. Century Hutchinson, Londres.

Ogden, P. y Minton K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
<https://doi.org/10.1177%2F153476560000600302>.

Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive–compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410-424.

Parnell, L. (2007). *A therapist's guide to EMDR: Tools and techniques for successful treatment*. New York: Norton.

- Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W. y Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
- Perry, B.D. y Azad, I. (1999). Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 11(4), 310-316.
- Perry, B.D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. En D. Schetky y E. Benedek, (Eds.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry* (pp. 221-238). Washington: American Psychiatric Press.
- Petrovic, P., Petersson, K.M., Ghatan, P.H., Stone-Elander, S. y Ingvar, M. (2000). Pain-related cerebral activation is altered by a distracting cognitive task. *Pain*, 85(1-2), 19-30. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00232-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00232-8).
- Pinillos, I., Garcia Guerrero, M. (1989). *Obsesiones obsesivas*. Madrid: Index.
- Pinillos, I. (2010). Un modelo estructural funcional de los trastornos obsesivo-compulsivos. *Clínica Comtemporánea*, 1(3), 183-202.
doi:<https://doi.org/10.5093/cc2010v1n3a3>.
- Pinillos, I., Fuster, A. (2011). *Guerreros de la mente*. Barcelona. Random House Mondadori.
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological foundations of emotions attachment communication self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. New York: W.W. Norton.
- Post, R.M., Weiss, R.B., Smith, M. y McCann, U. (1997). Kindling versus quenching. Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 285–295. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48287.x>.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 149-154.
- Rachman, S. y Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice Hall.
- Rachman, S., Thordarson, D.S., Shafran, R. y Woody S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 779-784.

- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 625-39.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. New York: Oxford University Press.
- Rachman, S. (2004). OCD in and out of the clinic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 207-208.
- Reynolds, M. y Brewin, CR. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 201-215.
- Rhodes, J. (2015). *Instrumental*. Barcelona: Blackie Books.
- Rubia, F.J. (2000). *El cerebro nos engaña*. Madrid: Temas de hoy.
- Ruda, M. A., Ling, Q. D; Hohmann, A. G; Peng, Y. B. y Tachibana, T. (2000). Altered Nociceptive Neuronal Circuits After Neonatal Peripheral Inflammation. *Science*, 289(5479), 628-630. doi: 10.1126/science.289.5479.628.
- Sable, M.R. y Schild Wilkinson D. (2000). Impact of Perceived Stress, Major Life Events and Pregnancy Attitudes on Low Birth Weight. Family Planning Perspectives. *Guttmacher Institute*, 32(6), 288-294. doi: 10.2307/2648197.
- Salkovskis, P. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677–682.
- Sandman, C. A., Wadhwa, P. D., Dunkel-Schetter, C., Chicz-DeMet, A., Belman, J., Porto, M., Murata, Y., Garite, T. J. y Crinella, F. M. (1994). Psychobiological influences of stress and HPA regulation on the human fetus and infant birth outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 31(739), 198-210.
- Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D. y Zohar, J. (2015). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case series. *Psychiatry Research*, 135(2), 145–152. doi: /10.1016/j.psychres.2004.05.026.
- Schmidt, S.J. (1999). Resource-focused EMDR: Integration of ego state therapy, alternating bilateral stimulation, and art therapy. *EMDRIA Newsletter*, 4(1), 8, 10-13, 25-28.
- Schneider, K. (1925). Zwangszustände in Schizophrenic Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 74, 93–107.

Schore A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. New Jersey: Erlbaum.

Schore, A. (2000). Foreword to the reissue of Attachment and loss. En J. Bolwby (Ed.) *Attachment* (tomo 1, pp. 49-73). New York: Basic Books.

Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C201::AID-IMHJ8%3E3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C201::AID-IMHJ8%3E3.0.CO;2-9).

Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton.

Schwartz, J. y Beyette, B. (1997). *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*. New York: Regan Books.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing, basic principles, protocols and procedures*. New York, NY: Guilford Press.

Shapiro, F. y Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.10068>.

Shapiro, F. (2004). *EMDR. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax México.

Shapiro, F. (2006). New notes on adaptative information processing perspective. En F. Shapiro, F., Kaslow, F.; y Maxfield, L. (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp.3-36). New York: Willey.

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68–87. doi: [10.1891/1933-3196.1.2.68](https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.2.68).

Shapiro, F. (2010). *EMDR. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax México.

Selvi, Y., Besiroglu, L., Aydin, A., Gulec, M., Atli, A., Boysan, M. y Celik, C. (2012). Relations between childhood traumatic experiences, dissociation, and cognitive

models in obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(1), 53–59.

Silberg, J.L. (2013). *The child survivor: Healing developmental trauma and dissociation*. New York: eBook Published. doi: 10.4324/9780203830277.

Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: The Guilford Press.

Siegel, D. J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. New York, London: W. W. Norton y Company.

Siegel, D.J. (2012). *Mindfulness y psicoterapia: Técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas*. Barcelona: Paidós.

Siegel, D.J. (2012). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape who We Are*. New York: The Guilford Press.

Schmidt (1999). Resource-Focused EMDR: Integration of Ego State Therapy, Alternating Bilateral Stimulation, and Art Therapy. *EMDRIA Newsletter*. doi: <https://www.dnmsinstitute.com/doc/rf-emdr.pdf>.

Solomon, R.W. y Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptative Information Processing Model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.

Somer E. (2002). Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 32(2):197-212. doi: 10.1023/A:1020597026919

Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis E. (2005). Tratamiento secuenciado en fase de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma. *Diario de Trauma y Disociación*, 6(3),11-53.

Schutz, W. (1966): *The interpersonal underworld: A reprint of FIRO: A three-dimensional theory of interpersonal behaviour*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Svensson, T.H. (1987). Perypheral, autonomic regulation of locus coeruleus noradrenergic neurons in brain: Putative implications for psychiatry and psychopharmacology. *Psychopharmacology*, 92(1), 1-7.

Schwartz, J. y Beyette, B. (1997). *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*. New York: Regan Books.

Teasdale, G. y Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 304(7872), 81-84.

Teicher, M. H., Tomoda, A. y Andersen, S. L. (2006). Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: are results from human and animal studies comparable? Annual New York Academy. *Science*, 1071, 313-323.

Teucher, B; Majsak-Newman, G., Dainty, J.R; McDonagh, D; FitzGerald, R.J. y Fairweather-Tait, S.J. (2006). Calcium absorption is not increased by caseinophosphopeptides. *American Journal of Clinical Nutrition*. doi: 10.1093/ajcn/84.1.162.

Tomkins, S. (1991). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 3. The negative affects: Anger and fear*. New York: Springer.

Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10, 1992). Madrid, España: Mediator.

Ulloa, R.E., De la Peña, F., Higuera, F., Palacios, L., Nicolini, H., y Avila, J.M. (2004). Estudio de la validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala Yale-Brown y del Trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Especialidad de Psiquiatría*, 32(4), 216-221.

Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J.D., Zatzick, D.F., Benedek, D.M., McIntyre, J.S., Charles, S.C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C.D., Mellman, L., Moench, L.A., Norquist, G., Twenlow, S.W., Woods, S. y Yager, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 3–31.

Vallejo, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el Trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., y Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 6(2/3), 162-180.

Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Van der Hart, O., Ellert, R. S., Nijenhuis, E.R.S. y Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton. doi: 10.1177/1363461510365192.

Van den Heuvel, M.P., Martijn, P., Cornelis, J. S., René, S.K., Hilleke, E. y Hulshoff, P. (2009). Efficiency of Functional Brain Networks and Intellectual Performance. *Journal of Neuroscience*, 29(23), 7619-7624.

Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L. y Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37–46.

Volkow, N. y Li, TK. (2005). The neuroscience of addiction. *Nature Neuroscience*, 8, 1429–1430.

Weinstock, M. (1997). Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 21(1), 1-10.

Wegner, D.M., y Zannatos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.

Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and social Psychology*, 53(1), 5-13.

Wikipedia, (2011). Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Diccionario#Diccionario_analógico_conceptual.

Williams, M.T., Hennessy, M.B. y Davis, H.N. (1995). CRF administered to pregnant rats alters offspring behavior and morphology. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 52(1), 161-167.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

Xinzhong Yu, X., Taylor, A.M.W., Nagai, J., Evans, C.J., Coppola, G. y Khakh, B. (2018), Reducing Astrocyte Calcium Signaling In Vivo Alters Striatal Microcircuits and Causes Repetitive Behavior. *Neuron*, 99(6), 1170-1187.

Young, E (19 de noviembre de 2018): Repeatedly watching a video of themselves touching a filthy bedpan reduced people's OCD symptoms. *Research Digest*.

Recuperado de <https://digest.bps.org.uk/2018/11/19/repeatedly-watching-a-video-of-themselves-touching-a-filthy-bedpan-reduced-peoples-ocd-symptoms/>.

Young, J.E., Klosko, E. y Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.

Yu, X., Taylor, A., Nagai, J., Evans, C., Coppola, G. y Khakh, B.S. (2018). Reducing Astrocyte Calcium Signaling In Vivo Alters Striatal Microcircuits and Causes Repetitive Behavior. *Neuron*, 99(6), 1099-1356. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.08.015>.