

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Una guía para los pacientes y sus familias
David Westbrook

Traducción y adaptación
Nadine Riesco

ÍNDICE

Primera parte: La naturaleza del trastorno obsesivo-compulsivo.

- 1.1 Introducción
- 1.2 ¿Qué es el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)?
- 1.3 Ejemplos de TOC
- 1.4 Síntomas de TOC
- 1.5 Cómo aparece el TOC
- 1.6 ¿Por qué los problemas continúan y empeoran?
- 1.7 Conclusiones sobre el TOC

Segunda parte: El tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

- 2.1 La base del tratamiento
- 2.2 Evaluación de los problemas
- 2.3 El tratamiento psicológico
- 2.4 Tratamiento con fármacos
- 2.5 Algunas consideraciones importantes acerca del tratamiento psicológico
- 2.6 Cómo conseguir que el tratamiento funcione lo mejor posible
- 2.7 Consejos para la familia y los amigos
- 2.8 Cómo mantener las mejoras

PRIMERA PARTE: LA NATURALEZA DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1.1 Introducción

En este breve manual encontraréis tú y tu familia información sobre el “trastorno obsesivo compulsivo” (para abreviar lo llamaremos TOC). Puesto que un manual como éste no puede explicarlo todo, puedes preguntar a tu terapeuta si necesitas más información o hay algo que no entiendas.

1.2 ¿Qué es el TOC?

El TOC puede presentar diferentes formas, pero la más común consiste en la repetición de pensamientos y/o conductas. Los pensamientos son normalmente desagradables y, a menudo, los pacientes saben que las conductas que repiten son innecesarias. Por ello intentan parar estos pensamientos o conductas que realizan de forma repetitiva, pero se sienten incapaces de conseguirlo. Están *obsesionados* por los pensamientos y sienten *la compulsión* de llevar a cabo las conductas. De aquí viene el nombre de “Trastorno Obsesivo-compulsivo”.

Aunque estos pensamientos y conductas pueden a veces ser bastante extraños, debemos aclarar que tener problemas obsesivos *no* significa que te estés “volviendo loco/a”. El TOC es una exageración de pensamientos y conductas corrientes. La mayoría de la gente considera que, de vez en cuando, tiene pensamientos inquietantes que no puede sacarse de la cabeza o lleva a cabo conductas repetitivas que no son realmente necesarias. Piensa en el número de personas que no puede irse a la cama sin comprobar que la puerta y el gas están bien cerrados, aunque sepan positivamente que sí lo están. En algunas personas este tipo de acciones escapa a su control y se convierten de alguna manera en un problema. Diversas investigaciones han demostrado que la línea entre obsesiones “normales” y “anormales” es a menudo muy vaga. En general consideramos que una persona sufre un TOC si los problemas se han agravado tanto como para interferir en su calidad de vida. Se calcula que alrededor del 2% ó 3% de la población tiene alguna forma de TOC, aunque no todas las personas busquen tratamiento.

1.2 Ejemplos de TOC

Descripción de ejemplos típicos de TOC:

La señora A tiene constantemente miedo de contraer cáncer si toca a otras personas. Teme especialmente tocar a la gente que ha podido estar en un hospital donde hay pacientes de cáncer en tratamiento. Además, intenta evitar el roce con otras personas, porque *cualquiera* ha podido estar con alguien que haya tenido contacto con el cáncer. Intenta, incluso, evitar salir de casa por si pudiera entrar en contacto con gente “contaminada”. Si toca a alguien, tiene que lavarse luego las manos y la ropa a conciencia; a veces, invierte horas en ello. También insiste en que su marido e hijos deberían quitarse la ropa y lavarse concienzudamente cada vez que entran en casa para poder sentirse seguros. Su familia cada vez se impacienta más. Además, están molestos con ella por sus constantes preguntas y demanda de detalles acerca de dónde han estado. Esto lo hace porque así se asegura de que no han estado en ningún sitio “peligroso”. Ella sabe que estos miedos son irracionales pero no puede quitarse la preocupación de contraer cáncer si no toma estas precauciones.

El señor B tiene que comprobar las cosas constantemente para prevenir algún percance. Salir de casa puede costarle una hora. Tiene que recorrer la casa entera repetidamente para comprobar que los ceniceros no tengan ninguna colilla encendida, que los enchufes estén desenchufados, que el agua esté cerrada, que el gas esté apagado y que las puertas estén debidamente cerradas. Muchas actividades diarias tiene que repetir las cierto número de veces antes de poder estar seguro de que todo está hecho *correctamente*. En el trabajo siempre va atrasado porque tiene que comprobar y volver a comprobar todo lo que hace por si ha cometido algún pequeño error. También en este caso sabe que sus precauciones son realmente exageradas, pero siempre que intenta no llevar a cabo sus comprobaciones se siente tan incómodo que cede y vuelve a comprobar las cosas.

La señora C tiene pensamientos recurrentes sobre el deseo de herir a su hijo pequeño. Sus pensamientos a veces están desencadenados por objetos “peligrosos” como cuchillos o navajas y necesita esconderlos en “lugares seguros” para evitar usarlos. En realidad, quiere a su hijo y es una buena madre, pero está constantemente invadida por pensamientos que le hacen, de alguna manera, temer perder el control y atacarlo. Su preocupación de que se “volverá loca” debido a estos pensamientos ha ido incrementándose cada vez más. Aunque intenta olvidarlos, siguen asaltándola varias veces al día. La única manera de calmarse es provocándose lo que ella llama un “buen pensamiento”, o sea, decirse una oración a sí misma un determinado número de veces. De esta forma se alivia temporalmente, pero los pensamientos no tardan en volver.

1.3 Síntomas del TOC

Los síntomas más comunes del TOC están descritos a continuación. También se explican los conceptos técnicos que se usan con más frecuencia:

- *Obsesiones o pensamientos obsesivos o rumiaciones:*

Todas estas palabras se usan para describir el temor inicial o los pensamientos desagradables. Los miedos de la señora A sobre el cáncer, las preocupaciones del señor B sobre algún desastre y los pensamientos de la señora C sobre herir a su hijo, son ejemplos de obsesiones.

Hay tres formas comunes de obsesión. Pueden ser simples *pensamientos*, en palabras concretas, como por ejemplo “podría contraer cáncer”. Pueden ser *imágenes* mentales, por ejemplo, “la visión” de que sucede algo terrible. O pueden consistir en fobias de *impulsión*, como tener necesidad de herir a alguien. La gente está, a menudo, asustada por la posibilidad de, un día, llegar a realizar estos actos impulsivos (por ejemplo, el miedo de la señora C de herir a su hijo). En realidad, la experiencia con pacientes con un TOC nos ha demostrado que estos impulsos *nunca* se llevan a cabo.

Las áreas más comunes de las obsesiones son las concernientes a la suciedad y enfermedades, violencia, otro tipo de daños hacia la gente, sexo y religión. Debido a que los pensamientos son desagradables y terroríficos, las personas con TOC se sienten muy molestas y ansiosas. Lo más frecuente es que esta ansiedad desagradable conduzca a la persona a realizar algo para intentar sentirse mejor. Estas conductas (“rituales”) se describen a continuación. Sin embargo, hay también algunas personas que tienen obsesiones sin rituales obvios.

- *Compulsiones o rituales*

Estos términos se usan para señalar las acciones que las personas con TOC se sienten en la obligación de realizar. Los rituales se dividen en dos tipos. Por un lado, hay conductas que cualquiera sería capaz de detectar a simple vista. La limpieza de la señora A y las comprobaciones del señor B son ejemplos de esto. De hecho, limpieza y orden son dos de los tipos más comunes de rituales obsesivos, aunque hay algunos otros. A menudo, como en el caso de la señora A, la familia también se ve implicada en ellos.

El otro tipo de ritual es mental, como los “pensamientos buenos” de la señora C. Obviamente, nadie puede saber de ellos a menos que la persona los explique.

- *Preguntar repetidamente hasta tranquilizarse*

Algunas personas con TOC realizan repetidamente preguntas (a sus familiares, al médico, o a otras personas) sobre los temores que en ese momento tienen porque necesitan que los demás les tranquilicen. Las preguntas de la señora A por los detalles de los movimientos de su familia son un ejemplo de la búsqueda de tranquilidad. A veces la gente puede también invertir tiempo intentando tranquilizarse a ellos mismos. Por ejemplo, la señora A puede repasar el día mentalmente para asegurarse de que no ha tocado a nadie “peligroso”.

- *Evitación*

A menudo, las preocupaciones están “desencadenadas” por ciertas situaciones o personas, como el contacto con la gente para la señora A. La persona con TOC en estos casos intenta evitar situaciones parecidas con el objetivo de reducir su miedo. La evitación de la señora A de salir, o la evitación de los cuchillos de la señora C son ejemplos de ello. Estos pueden ser algunos de los síntomas más angustiosos del TOC. La vida pasa a estar cada vez más limitada por las situaciones, gente u objetos que se deben evitar.

1.5 Cómo aparece el TOC

Como dijimos en la Sección 1.2 la experiencia de tener pensamientos no deseados, intrusivos es muy común. Numerosas investigaciones muestran que el 90% o más de la población tiene pensamientos como estos por lo menos alguna vez. La cuestión es, por lo tanto, por qué para alguna gente esto se convierte en un problema que se les va de las manos y llega a ser incontrolable. Las investigaciones están todavía en un estadio inicial, pero parece haber algunas respuestas a esta cuestión.

Primero, parece que la gente con un TOC puede tener simplemente más probabilidades de llegar a estar tensa y ansiosa de lo que está la mayoría de la gente. De modo que cualquier experiencia desagradable puede ser peor para ellos que para los demás.

Segundo, la gente con TOC vive, a menudo, bajo normas muy rígidas, particularmente en las áreas de moralidad y responsabilidad. Esto significa que un pensamiento al que la mayoría no daríamos excesiva importancia es extremadamente desagradable o inaceptable para la persona con TOC.

Tercero, sabemos que los pensamientos desagradables son peores en momentos de estrés. El TOC, a menudo, comienza especialmente en las épocas que suponen enfrentarse a responsabilidades extra (por ejemplo en la pubertad, cuando se comienza un nuevo trabajo o cuando se tienen hijos). Una vez que se inicia un TOC, normalmente empeora si la persona está bajo algún tipo de estrés.

Finalmente, sabemos que la gente tiene preocupaciones más difíciles de controlar cuando está muy estresada.

El resultado de todo esto es que la gente con TOC llega a sentirse muy angustiada cuando tiene ciertos pensamientos. Este malestar dificulta más aún poder evitarlos, como podrían hacer otras personas. Existe algún estudio reciente que sugiere que el intento de no pensar ciertas cosas por parte de la gente con TOC, a menudo provoca el efecto opuesto. Es un poco como si alguien te dice: “Ocurra lo que ocurra, no pienses en elefantes rosas” ¿Qué ocurre? ¿Que inmediatamente piensas en elefantes rosas!

Así, la gente con TOC que se encuentra atrapada entre graves preocupaciones y su incapacidad para controlarlas, busca alguna forma de manejarlo y para ello tiende a desarrollar “rituales”.

1.6 ¿Por qué los problemas continúan y empeoran?

Las conductas que suele realizar la gente con TOC (a las que llamamos “rituales” –ver sección 1.4-) parecen ser útiles a corto plazo. Si no puedes librarte tú mismo del miedo a que te contagien alguna enfermedad, parece lógico intentar lavarte. Esto probablemente hará que te sientas mejor al principio. Evitar situaciones concretas o conseguir que te tranquilicen los amigos o la familia también te ayuda a sentirte menos preocupado durante algún tiempo. Pero estas conductas actúan *contra* ti a largo plazo. Hay dos razones principales para esto.

Primera: puesto que los rituales actúan para reducir tu malestar, pueden llegar a ser un hábito cada vez mas fuerte. Es un poco como fumar: 20 cigarrillos por día tienden a convertirse en 30 y luego en 40 y así sucesivamente. Si te sientes mal y sabes que haciendo algo concreto te sientes mejor, es natural que lo hagas. El problema es que pronto tu vida entera está ocupada por rituales y evitaciones, lo que te impide aprender otras formas de afrontar las preocupaciones.

Segundo, mediante el control del malestar con rituales nunca llegas a tener la posibilidad de comprobar si lo que temes es realmente como tú crees. Por definición, tus preocupaciones son de algún modo poco realistas, pero la única manera de averiguarlo es enfrentándote a ellas sin rituales. Hay un viejo chiste sobre un hombre que estaba en la calle moviendo los brazos arriba y abajo. Cuando alguien le pregunta qué está haciendo, él contesta: “Ahuyentar a los dragones”. El otro le dice: “Pero si por aquí no hay dragones”, a lo que el primero responde: “¿Lo ve?, eso demuestra que funciona”. La persona con TOC puede ser un poco como este hombre -los rituales sirven para ahuyentar dragones inexistentes-. Lo que es realmente necesario es aprender *que no hay dragones*.

1.7 Conclusiones sobre el TOC.

Vamos a resumir lo dicho hasta ahora. Si nos ponemos en el lugar del paciente, es más fácil de comprender y resulta menos extraño. Tener pensamientos desagradables es muy frecuente, pero algunas personas se asustan con ellos. Si piensas que ocurrirá algún tipo de catástrofe a menos que hagas algo, es perfectamente comprensible intentar prevenirlo. Sin embargo, las conductas que realizas para evitar un desastre en realidad fortalecen la idea o el pensamiento que lo produjo, de modo que consigues entrar en un círculo vicioso. Los miedos se hacen cada vez peores y la conducta preventiva llega a ser una norma en tu vida. En la próxima parte de este manual te diremos qué puedes hacer al respecto.

SEGUNDA PARTE: EL TRATAMIENTO DEL TOC

2.1 La base del tratamiento

Los rituales conductuales [observables], rituales mentales, y la búsqueda de tranquilidad con preguntas son, de alguna manera, todos iguales. Son maneras mediante las cuales la gente con TOC intenta reducir el malestar proveniente de sus preocupaciones. Los terapeutas decimos que son formas de “neutralizar” las preocupaciones de la gente. Como explicamos en la Primera Parte, el problema es que, aunque la neutralización puede funcionar a corto plazo, hace que las cosas, a la larga, empeoren. El objetivo del tratamiento es que los pacientes comprueben que los miedos son infundados y que pueden afrontarlos sin rituales.

2.2 Evaluación de los problemas

Antes de comenzar el tratamiento, tu terapeuta necesitará llevar a cabo una completa evaluación de tus problemas individuales. Normalmente, el tratamiento sigue ciertas pautas generales, pero sólo puede ser efectivo si está adaptado para ti de forma individual. Parte de la evaluación consistirá en entrevistas clínicas, pero normalmente una parte importante depende de ti. El terapeuta necesita tener una descripción detallada de tus problemas antes de poder abordarlos. A menudo, la mejor manera de conseguirlo es que lleves un registro [donde vas apuntando las obsesiones y rituales]. Estos registros “en el momento” son mucho más útiles que intentar recordar cada cosa y decírsela al terapeuta en la clínica.

Debido a que los rituales y evitaciones llegan a ser fuertes hábitos, será difícil apuntar todas las conductas que tienes que cambiar. Puede ser útil responderte a dos preguntas:

. ¿Qué hago normalmente debido a mis miedos?

Esto te dirá algo sobre tu forma de “neutralizar” el malestar.

. ¿Qué dejo de hacer o dónde dejo de ir por mis miedos?.

Esto te dirá las cosas que evitas.

Conseguir una descripción completa de tus problemas es esencial para un tratamiento riguroso, así que cuéntale a tu terapeuta cualquier cosa que recuerdes.

2.3 El tratamiento psicológico

Después de que tu terapeuta haya recogido suficiente información (quizás en dos o tres sesiones) hará un plan de tratamiento individualizado. Las perspectivas para los pacientes de TOC han mejorado notablemente desde 1970. Antes de entonces, el TOC duraba muchos años e incluso toda la vida. Con los tratamientos modernos, las investigaciones muestran que el 70%-80% de los pacientes mejoran muchísimo en unos meses y que se recuperan bien. Sin embargo, es importante entender que las probabilidades de éxito dependen sobre todo de ti. El tratamiento que te proponemos es muy activo, y el éxito depende de tus esfuerzos. Tu terapeuta te ofrecerá apoyo y consejo pero, al final, tu implicación en el tratamiento es lo más importante.

Para la mayoría de las personas con un TOC, el tratamiento recomendable es lo que se llama “Exposición en vivo con prevención de respuesta”. Como decíamos antes, el tratamiento tiene que ser planeado individualmente, así que no podemos darte una idea exacta de lo que va a ocurrir o de cuánto va a durar. Sin embargo, podemos realizar una descripción general.

Básicamente “la exposición y prevención de respuesta” significa que necesitas *exponerte* tú mismo a los objetos y situaciones que temes de modo que puedas *prevenir* tu neutralización habitual, (rituales, evitaciones, etc.). Por ejemplo, la señora A podría necesitar tocar gente “peligrosa” (*exponerse*) y no lavarse después (*prevención de respuesta*). De esta manera puedes familiarizarte con las cosas que te preocupan y aprender que nada terrible sucederá. Los detalles de cómo o con cuánta rapidez te expondrás a las situaciones preocupantes y qué conductas neutralizantes debes dejar de hacer es algo que se trabajará

con tu terapeuta. Normalmente se hace poco a poco, comenzando con las tareas más fáciles y aumentando hasta las más difíciles.

Esto probablemente parece un trabajo duro y en efecto puede serlo. Sin embargo, mucha gente considera que con un tipo adecuado de ayuda y apoyo pueden llevar a cabo el programa y superar sus problemas. Los cambios se hacen gradualmente y siempre a tu ritmo.

Algunas personas que tienen pocos o ningún ritual y para los que el principal problema son los pensamientos en sí mismos, pueden necesitar también diferentes tratamientos. Estos tratamientos incluyen aprender a controlar los pensamientos directamente o a disminuir la angustia que provocan hasta que resulte más fácil rechazarlos.

2.4 Tratamiento con fármacos

Este manual está enfocado al tratamiento psicológico del TOC. Sin embargo, hay algunos fármacos que pueden ser de gran ayuda para muchas personas. Algunos medicamentos sólo pueden ser prescritos por el médico, así que necesitarás hablar con tu médico de cabecera o con un psiquiatra.

Los fármacos usados con más frecuencia en el TOC son diferentes tipos de “antidepresivos”. Esto significa que son fármacos designados para combatir la depresión. Algunos de ellos pueden ayudar a gente con TOC, incluso aunque no estén profundamente deprimidos. Los que se recetan con más frecuencia son *clomipramina* (también conocido como Anafranil), *fluoxetina* (Prozac, Renerurón, Adofén) y *fluvoxamina* (Dumirox). El tratamiento con fármacos no se hace *en lugar del* tratamiento psicológico. Los dos tipos de intervención son compatibles y pueden complementarse. Los fármacos pueden ayudar a afrontar el problema a corto plazo mientras que el tratamiento psicológico te ayuda a aprender nuevas estrategias para afrontarlo a largo plazo.

Hay dos puntos importantes que recordar si estás tomando medicación antidepresiva. Primero, no es adictiva. Por lo tanto, no necesitas preocuparte por este tipo de problema. Segundo, necesitas tomarla normalmente de dos a cuatro semanas antes de que notes los efectos beneficiosos. Puede también producir algún efecto secundario. Si esto sucede, coméntalo con tu médico.

2.5 Algunos puntos importantes en el tratamiento psicológico

Debería subrayarse que el tratamiento es una tarea común entre tú y tu terapeuta. Aunque algunas de las cosas que se te piden puede ser difícil, nunca tendrás que hacer algo con lo que no estés de acuerdo. En definitiva, siempre eres tú quien decide.

Durante el tratamiento puedes encontrarte con que tus terapeutas te pidan que lleves a cabo tareas que no parecen conductas “corrientes”. Por ejemplo, a alguien que se limpie demasiado las manos se le puede pedir que por algún tiempo no se las limpie. Evidentemente, la mayoría de nosotros nos lavamos las manos cada día, pero lo que sucede en el tratamiento no es necesariamente lo que se considera una conducta “habitual”. Si alguien se rompe una rodilla, le ponemos yeso, pero esto no significa que debamos llevar yeso en la pierna toda la vida. De forma similar, lo que hacemos en el tratamiento no es necesariamente lo que tú vas a hacer normalmente cuando estés bien.

Alguna gente, durante el tratamiento, a veces, no se siente muy segura respecto a qué es corriente y qué no lo es. No te preocupes si esto sucede. Una vez el tratamiento te haya ayudado a reducir tus excesivas preocupaciones, serás libre de decidir tus propias normas, normas que no estarán controladas por el miedo.

La mayoría de personas se sienten incómodas en algún momento del tratamiento. Intenta que esto no interfiera en el programa de tratamiento. El malestar se atenuará tan pronto como mejores y al menos este malestar habrá servido de algo. El malestar es habitual e incluso necesario. No puedes perder un hábito fuerte que ha crecido durante meses o años sin algo de malestar. Sería más fácil para todos nosotros si el tratamiento fuera más sencillo pero, por ahora, no existe una forma de tratamiento más “fácil”.

Por supuesto, hay formas de mantener el malestar sin llegar al límite. Tu familia y amigos pueden darte apoyo y animarte, (ver sección 2.6 siguiente). Puede también ser de gran ayuda planificar actividades que te diviertan para ayudarte a distraerte después de las tareas difíciles.

2.6 Cómo conseguir que el tratamiento funcione lo mejor posible

Primero, sé honesto con tu terapeuta sobre tus éxitos y fracasos. Puede ser una tentación no mencionar algunos fracasos en el programa, pero esto no te ayudará. Es habitual que las cosas sean difíciles a veces, pero tu terapeuta necesita saber qué está sucediendo para poder ayudarte. Los fracasos pueden, en realidad, tener un valor positivo para ayudarnos a aprender más sobre los problemas y estar mejor preparados para futuras dificultades.

Segundo, no dejes de mencionar los pensamientos desagradables o embarazosos. Por definición, algunos pensamientos obsesivos son desagradables o absurdos, pero a tu terapeuta no le llamarán la atención ni se ofenderá por ellos. Muchas otras personas han tenido los mismos pensamientos.

Tercero, intenta ser estricto contigo mismo al decidir si una conducta es obsesiva o no. A menudo, la mejor norma es asumir que una preocupación es obsesiva hasta que tu terapeuta y tú os ponéis de acuerdo en que no lo es. Esto se puede aplicar particularmente cuando tienes la necesidad imperiosa de hacer preguntas sobre algún tema para que te tranquilicen. Puede ser muy duro no preguntar, pero es importante que *aprendas* a afrontarlo, sin depender demasiado de tu familia o amigos. Ellos pueden ayudarte, sin responder cada vez que preguntes para tranquilizarte o sin facilitarte el llevar a cabo tus rituales.

Finalmente, puede ser de gran ayuda tener un plan para cuando cometes errores y cambies algunos rituales. A menudo el mejor plan es “deshacer” el ritual de forma deliberada. Por ejemplo, si te lavas cuando no lo deberías hacer podrías darte la vuelta y tocar deliberadamente algo sucio. Tu terapeuta puede ayudarte a trabajar en un plan que te ayudará.

2.7 Consejos para la familia y los amigos

Primero, no apoyes sus rituales (por ejemplo lavarse las manos o comprobar algo), y no lo tranquilices si los lleva a cabo.

Será más fácil para ti y a el/ella le resultaría más agradable si cedieras, pero eso hace que los problemas empeoren a largo plazo. Obviamente esto puede ser difícil, pero todos deseamos ayudar a quienes queremos. Es en este momento cuando el principio de “Quien bien te quiere te hará llorar” se aplica a menudo. El terapeuta puede discutir contigo la manera de manejar la situación. A menudo lo mejor para quienes conviven con la persona que padece TOC es no entrar en polémica y decir tranquilamente “hemos acordado que hacer esto no ayuda” y entonces abandonar la situación.

Segundo, *no* te enfades si tu familiar se olvida del programa de tratamiento. Enfadarse le haría sentirse peor y acabaría empeorando el problema. En lugar de eso, *intenta* concentrarte en apoyar los esfuerzos de tu familiar y en elogiarlo cuando hace algo bien. Si rompe los acuerdos sé firme, pero recuérdale con calma que eso no le ayuda a largo plazo. Intenta hablar con él/ella sobre algo mucho más positivo.

Recuerda que cuesta mucho esfuerzo abordar un problema como éste. Aunque sus preocupaciones pueden no tener sentido para ti, recuerda que el miedo es muy real para quien lo sufre. Piensa en algo que temas. Por ejemplo, podrías tener miedo a las alturas –imagina lo asustado que estarías si alguien intentara ponerte en lo alto de un gran edificio. Eso es justo lo que puede llegar a sentir una persona con TOC cada vez que se enfrenta a una situación que teme, incluso aunque racionalmente sepa que el miedo es infundado.

2.8 Cómo mantener la mejora

Primero, es importante reconocer que necesitarás mantenerte alerta durante algún tiempo. Es fácil equivocarse y caer en los malos hábitos. Un ritual no significa que tú hayas recaído, pero es algo a lo que

hay que enfrentarse con decisión, antes de que lleve a más rituales. Oblígate a enfrentarte a esos miedos sin rituales y mira cómo disminuyen. Una buena regla que se puede adoptar es: “¡ Si te asusta, hazlo!”.

Segundo, sabemos que los problemas obsesivos son generalmente peores cuando estás bajo algún tipo de tensión. Necesitas estar más alerta en esos momentos y aprender maneras mejores de afrontar los miedos, particularmente cuando te encuentres estresado. Tu terapeuta puede ayudarte con esto.

Finalmente, recuerda que tus problemas obsesivos están vinculados al resto de tu vida. Si tienes una vida plena y satisfactoria, las obsesiones son probablemente menos problema. Puedes también notar que cuando tus problemas obsesivos disminuyen dispones de más tiempo libre. Intenta encontrar cosas que te diviertan en esos momentos: sal con tu familia o amigos, vuelve al trabajo, recupera tus aficiones, tus clases. Usa ahora el tiempo que tienes disponible.