

Comentarios elogiosos previos a la publicación de
El pensamiento es lo que cuenta

“Tan inspirador como instructivo, el inquebrantable relato de Jared Kant sobre su lucha contra el TOC en la adolescencia debería ser lectura obligatoria para aquellos cuyas vidas han sido afectadas por el trastorno. Por su franqueza y trascendencia, el libro puede cambiar innumerables vidas”.

—*Jeff Bell, autor de Rewind Replay, Repeat:*
A Memoir of Obsessive-Compulsive Disorder

“¡Un libro extraordinario! Jared Kant y sus coautores han logrado una descripción reveladora y directa del TOC. El libro refleja una cruda realidad pero, a la vez, brinda muchísimo apoyo y tranquilidad. Admiro el coraje y la predisposición de Jared para permitir que el mundo vea su caída en esta terrible enfermedad y su posterior recuperación. Los jóvenes que padecen el TOC verán que la información incluida en el libro es explicativa, aterradora, graciosa y esperanzadora. En ciertos momentos, la narrativa conjuga todas estas características al mismo tiempo. Si eres un adolescente o joven adulto que padece el TOC, este libro es lectura obligatoria”.

—*David F. Tolin, Ph.D., director, Anxiety Disorders Center,*
The Institute of Living; profesor adjunto,
Facultad de Medicina de la Universidad de Yale (Yale University School of Medicine) y
autor de Buried in Treasures: Help for Compulsive Acquiring, Saving, and Hoarding

“*El pensamiento que sí importa es The Catcher in the Rye (El guardián entre el centeno)* para adolescentes y adultos jóvenes que padecen el TOC. Narra la historia del lector y del autor a la vez. Luego de leer el libro, la persona que padece el TOC ya no estará solo y contará con información sobre las maneras de manejar la enfermedad”.

—*Patricia B. Perkins, J.D., ex directora ejecutiva, OC Foundation*

“Por fin un libro elocuente e inteligente sobre el TOC para adolescentes, narrado como sólo una persona que ha padecido el trastorno y se ha recuperado puede hacerlo. Es una contribución que se necesitaba imperiosamente para llenar un vacío en el conjunto de recursos en continuo crecimiento destinados a aquellos que padecen el TOC y cuyas vidas están perturbadas. De manera práctica, el libro combina la narración bien escrita de la lucha de un joven para encontrarse a sí mismo y lograr una vida plena frente a una enfermedad mental grave, e información precisa y profesional”.

—*Fred Penzel, Ph.D., autor de Obsessive-Compulsive Disorders:*
A Complete Guide to Getting Well and Staying Well



THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands

Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative)

Patrick E. Jamieson, Ph.D., *editor de la serie*

Otros libros de la serie

Para jóvenes

Carrera mental: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno bipolar

Patrick E. Jamieson, Ph.D., con Moira A. Rynn, M.D.

Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión

Cait Irwin con Dwight L. Evans, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Lo que debes pensar de mí: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno de ansiedad social

Emily Ford, con Michael Liebowitz, M.D., y Linda Wasmer Andrews.

Casi nada: relato personal de la experiencia de un adolescente con los trastornos alimentarios

Carrie Arnold, con B. Timothy Walsh, M.D.

Uno, uno mismo y Ellos: relato personal de la experiencia de un joven con la esquizofrenia

Kurt Snyder, con Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Linda Wasmer Andrews.

Tras un viaje: relato personal de la experiencia de un adolescente con el abuso de sustancias

Kyle Keegan, con Howard B. Moss, M.D.

Desde el octavo piso: un adolescente que elige la esperanza al suicidio

DeQuincy A. Lezine, Ph.D., con David Brent, M.D.

Para padres y otros adultos

Si su adolescente padece depresión o trastorno bipolar

Dwight L. Evans, M.D., y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece un trastorno alimentario

B. Timothy Walsh, M.D., y V. L. Cameron

Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad

Edna B. Foa, Ph.D., y Linda Wasmer Andrews

Si su adolescente padece esquizofrenia

Raquel E. Gur, M.D., Ph.D., y Ann Braden Johnson, Ph.D.

El pensamiento es lo que cuenta

Relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno obsesivo-compulsivo

Jared Douglas Kant

con Martin Franklin, Ph.D., y Linda Wasmer Andrews



THE ANNENBERG FOUNDATION TRUST
AT SUNNYLANDS

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands
Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente

THE ANNENBERG
PUBLIC POLICY CENTER
UNIVERSIDAD DE PENNSILVANIA
(UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA)

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

2008

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

Oxford University Press, Inc., publica trabajos que fomentan los objetivos de la Universidad de Oxford (Oxford University) en investigación, becas y educación.

Annenberg Foundation Trust at Sunnylands

Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania

Oxford University Press

Oxford Nueva York

Auckland Ciudad del Cabo Dar es Salaam Hong Kong Karachi Kuala Lumpur Madrid Melbourne Ciudad de México Nairobi Nueva Delhi Shanghai Taipei Toronto

Con oficinas en:

Argentina Austria Brasil Chile República Checa Francia Grecia Guatemala Hungría Italia Japón Polonia Portugal Singapur Corea del Sur Suiza Tailandia Turquía Ucrania Vietnam

Copyright © 2008 de Oxford University Press, Inc.

Publicado por Oxford University Press, Inc.

198 Madison Avenue, New York, New York 10016

www.oup.com

Oxford es una marca registrada de Oxford University Press.

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el almacenamiento en sistemas de recuperación y la transmisión de la presente publicación, mediante cualquier método o procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, de copiado, de grabación o de otra naturaleza sin el previo consentimiento de Oxford University Press.

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso

Kant, Jared (Jared Douglas)

Título original en inglés: *The thought that counts: a firsthand account of one teenager's experience with obsessive-compulsive disorder* / by Jared Kant with Martin Franklin, and Linda Wasmer Andrews.

p. cm. — (The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands' adolescent mental health initiative)

“The Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania.”

Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN 978-0-19-531688-9 (cloth) — ISBN 978-0-19-531689-6 (pbk)

1. Kant, Jared (Jared Douglas)—Health. 2. Obsessive-compulsive disorder in adolescence—Patients—United States. I. Franklin, Martin, 1963- II. Andrews, Linda Wasmer. III. Annenberg Public Policy Center. IV. Title.

RJ506.O25K36 2008

616.85'22700835—dc22

[B] 2007035115

987654321

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica en papel sin ácido

Tabla de contenidos

Prólogo	ix
Prefacio	xi
Uno	
Con dudas (y más y más dudas): obsesiones y compulsiones	1
<i>Mi historia</i>	1
<i>Enfermedades físicas y mentales</i>	2
<i>A la espera de catástrofes</i>	2
<i>Campista no muy feliz</i>	3
<i>Invasión de los “ladrones” de mentes</i>	4
<i>Panorama general</i>	5
<i>¿Qué es exactamente el TOC?</i>	6
<i>¿De qué manera puede manifestarse el trastorno?</i>	7
<i>¿Qué tan común es el TOC?</i>	11
<i>¿Cuáles son las causas del trastorno?</i>	12
<i>¿Qué es lo mínimo que debo saber?</i>	16
Dos	
Camino resbaladizo al hospital: diagnóstico y hospitalización	17
<i>Mi historia</i>	17
<i>Temprano arribo de la oscuridad</i>	17
<i>Mundo aterrador</i>	18
<i>Miedo tóxico y pensamiento pernicioso</i>	19
<i>Desesperación y desconsuelo</i>	20
<i>Interior de la sala de psiquiatría</i>	21
<i>Panorama general</i>	22
<i>¿Cuáles son las señales de alerta?</i>	23
<i>¿Dónde puedo buscar ayuda?</i>	24
<i>¿Cómo se llega al diagnóstico del TOC?</i>	26
<i>¿Qué tipos de tratamiento realmente surten efecto?</i>	27
<i>¿Cuándo resulta útil la hospitalización?</i>	28

<i>¿Qué es lo mínimo que debo saber?</i>	29
Tres	
Aventuras de la vida cotidiana: el TOC en el hogar y en la escuela	31
<i>Mi historia</i>	31
<i>Colapso en el vestuario</i>	32
<i>Cumplimiento de órdenes</i>	32
<i>Vuelta sobre los pasos</i>	33
<i>Escrupulosa atención</i>	34
<i>Perdón por todo</i>	35
<i>Panorama general</i>	36
<i>¿De qué manera afecta el TOC la vida en el hogar?</i>	37
<i>¿De qué manera afecta el TOC la vida en la escuela?</i>	39
<i>¿Qué medidas ayudan a manejar el TOC en la escuela?</i>	40
<i>¿Qué deberías decirles a tus amigos sobre el TOC?</i>	42
<i>¿Qué es lo mínimo que debo saber?</i>	44
Cuatro	
En busca de un salvavidas: psicoterapia y medicamentos	45
<i>Mi historia</i>	45
<i>Camino al internado</i>	45
<i>Botón del pánico</i>	46
<i>Victoria por rendición</i>	47
<i>Ayuda cognitivo-conductual</i>	49
<i>Inspiración en Oriente</i>	49
<i>Panorama general</i>	51
<i>¿Cuál es la forma más eficaz de la TCC?</i>	52
<i>¿Qué tipos de medicamentos son efectivos?</i>	56
<i>¿De qué manera puedo pagar el tratamiento?</i>	58
<i>¿Qué estrategias de autoayuda son de utilidad?</i>	60
<i>¿Qué es lo mínimo que debo saber?</i>	61
Cinco	
Rituales, rutinas y recuperación: cómo vivir con el TOC	62
<i>Mi historia</i>	62

<i>Mirada fija en el TOC</i>	62
<i>La vida más allá de la escuela secundaria</i>	64
<i>Acumulación compulsiva 101</i>	64
<i>Limpieza y orden</i>	66
<i>Panorama general</i>	66
<i>¿Cómo afecta el abuso de sustancias al TOC?</i>	69
<i>¿Cómo se relacionan los trastornos de tics con el TOC?</i>	70
<i>¿Cuáles son los trastornos del espectro del TOC?</i>	71
<i>¿Qué otros trastornos se relacionan con el TOC?</i>	73
<i>¿Qué perspectivas tengo para el futuro?</i>	75
<i>¿Qué es lo mínimo que debo saber?</i>	76
Seis	
En un lugar diferente	77
<i>Romance con la enfermedad</i>	77
<i>¿Acaso te suena racional?</i>	79
<i>La regla de una sola ducha</i>	80
<i>El dulce hedor del éxito</i>	81
<i>Herramientas para el futuro</i>	81
Preguntas frecuentes	83
Glosario	88
Recursos	93
Bibliografía	102
Índice	104

Prólogo

La Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente (Adolescent Mental Health Initiative, AMHI por sus siglas en inglés) fue creada por la Annenberg Foundation Trust at Sunnylands con el objetivo de brindar información a los profesionales de salud mental, a los padres y a los jóvenes sobre los avances actuales en el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales en adolescentes. La AMHI se hizo realidad gracias a la generosidad y visión de los embajadores Walter y Leonore Annenberg. La administración del proyecto estuvo a cargo del Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania en asociación con Oxford University Press.

La AMHI comenzó en 2003, cuando se convocaron en Filadelfia y Nueva York siete comisiones científicas constituidas por aproximadamente 150 psiquiatras y psicólogos destacados de todo el país. Presididas por los doctores. Edna B. Foa, Dwight L. Evans, B. Timothy Walsh, Martin E. P. Seligman, Raquel E. Gur, Charles P. O'Brien y Herbert Hendin. El objetivo de la creación de estas comisiones era evaluar el estado de las investigaciones científicas sobre los trastornos mentales frecuentes que, en su mayoría, se originan entre los 10 y los 22 años. Actualmente, sus hallazgos colectivos están reflejados en un libro dirigido a profesionales de salud mental y a los responsables de formular políticas titulado *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders* (2005). Como primer producto de la AMHI, el libro también detalla una agenda de investigación que podría mejorar aún más nuestra capacidad para prevenir y tratar los trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

La AMHI consta de tres partes y la segunda consiste en una serie de libros más pequeños para lectores en general. Algunos de los libros han sido diseñados principalmente para padres de adolescentes con un trastorno mental específico. Otros, éste incluido, están dirigidos a los adolescentes que están luchando contra alguna enfermedad mental. La información científica de estos libros proviene, en parte, de la capacidad profesional de la AMHI y se presenta de forma accesible para los lectores en general de diferentes edades. Los “libros para adolescentes” también incluyen la historia de la vida real de una persona joven que ha luchado contra —y que actualmente controla— una enfermedad mental determinada. Sirven no solamente como una fuente de investigación sólida sobre la enfermedad sino también como una guía para la recuperación de jóvenes afectados. Por consiguiente, ofrecen una combinación única de ciencia médica y conocimiento práctico personal que inspira a los adolescentes a que participen activamente en su propia recuperación.

La tercera parte de la Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente de Sunnylands consiste en dos sitios web. El primero, www.CopeCareDeal.org, está dirigido a los adolescentes. El segundo, www.oup.com/us/teenmentalhealth, brinda información actualizada a la comunidad médica sobre temas tratados en *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*, el libro profesional de la AMHI.

Es nuestro deseo que este tomo —fruto de la AMHI— resulte útil y enriquecedor.

Patrick Jamieson, Ph.D., *editor de la serie*
Adolescent Risk Communication Institute
Annenberg Public Policy Center
Universidad de Pensilvania
Filadelfia, Pensilvania

Prefacio

A los 12 años, acepté la idea de que viviría con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Recuerdo con claridad que miré hacia el cielo y dije: “Está bien, lo acepto, pero más vale que algo bueno salga de esto”. Aunque parezca extraño, recuerdo que en ese momento pensé que, si alguna vez encontraba la manera de salir de la niebla, me gustaría escribir un libro sobre mis experiencias.

Once años más tarde, Sarah Harrington, editora adjunta de la Oxford University Press, se comunicó con la Obsessive-Compulsive Foundation en New Haven, Connecticut, para preguntar por el autor de algunos artículos que había escrito para la organización. Patricia Perkins, directora ejecutiva de la fundación, llamó a mi casa. Así nació el libro. Hoy, luego de escribir, reescribir y volver a escribir durante un año, he llegado por fin a la culminación de lo que es prácticamente una meta de toda la vida.

Con este libro, espero poder explicar el caos y ordenar el desorden que causa el trastorno. Como una persona que ha luchado contra el TOC durante más de la mitad de su vida, siento una gran conexión con aquellos que enfrentan la misma batalla. Me identifico con tus luchas, porque son también las mías.

No te voy a mentir: no es fácil ser un adolescente o un adulto joven con TOC. De hecho, puede ser un viaje espantosamente desenfrenado al principio, antes de encontrar el tratamiento indicado para ti. Deseo sinceramente, como escritor y camarada en la lucha contra la enfermedad mental, que encuentres guía y consuelo en estas páginas.

Los rostros detrás de las páginas

Este libro es, primero y principal, una autobiografía de mi viaje a lo largo del TOC en la adolescencia. El viaje no fue placentero, y en los capítulos que siguen, sentirás todos los desagradables golpes del camino y verás todos los obstáculos avicinándose. Pero, antes de ir hacia atrás, veamos hasta dónde me han llevado mis viajes.

Controlar el TOC en la escuela fue un reto especial para mí. Sin embargo, en 2006, me gradué con honores como licenciado en inglés y creación literaria. Después de la universidad, comencé a escribir este libro. Y, de inmediato, cuando aún estaba escribiendo el manuscrito, conseguí un trabajo como asistente de investigaciones clínicas en la Body Dysmorphic Disorder Clinic del Massachusetts General Hospital, uno de los hospitales más prestigiosos del país. Tal como descubrirás en el capítulo 5, el trastorno dismórfico corporal (TDC) es un trastorno que suele ir de la mano con el TOC, por lo que mi trabajo ha sido un buen complemento para mi escritura.

Para garantizar la precisión de las partes clínicas y científicas del libro, he tenido la fortuna de trabajar en equipo con uno de los especialistas en TOC más importantes de la nación. Martin E. Franklin, Ph. D., es profesor adjunto de psicología y psiquiatría clínica y es, además, director clínico del Center for the Treatment and Study of Anxiety de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania (University of Pennsylvania

School of Medicine). En el centro, el trabajo del Dr. Franklin ha estado dedicado principalmente al desarrollo y evaluación de los tratamientos para el TOC. Anteriormente, el Dr. Franklin se desempeñó como coinvestigador y supervisor clínico en investigaciones sobre el TOC en niños y adultos, financiadas por el National Institute of Mental Health (NIMH). Actualmente, se desempeña como investigador principal en otro estudio financiado por el NIMH sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para tratar el TOC en niños y adolescentes que ya han demostrado una mejoría parcial con los medicamentos.

En total, el Dr. Franklin ha dedicado décadas al estudio del TOC y a tratar cientos de personas que padecen esta afección, que suele acarrear incapacidad. Al entrelazar su conocimiento profesional con mis experiencias personales, el libro te ayuda a ver al TOC desde todos los ángulos.

La tercera persona que integra nuestro equipo de trabajo es Linda Wasmer Andrews, una periodista que se ha especializado en problemas de salud mental desde principios de la década de los ochenta. Junto con mis coautores, hemos creado un libro único que combina percepciones personales profundas con información científica actualizada. Es mi historia, pero también es la tuya. Con esa idea en mente, también hemos proporcionado consejos prácticos y recursos útiles para sobrellevar el TOC.

Cómo utilizar el libro

Cada capítulo del libro comienza con una sección titulada “Mi historia”. Es allí donde narro mi travesía por el TOC. A veces es desgarradora, a veces graciosa, pero siempre real. La segunda mitad del capítulo se titula “Panorama general”, en donde brindamos un contexto más amplio de mis experiencias individuales. En dicha sección, encontrarás hechos esenciales que necesitas para darle a tu historia un final feliz.

Las personas, los lugares y los eventos descritos en mi autobiografía son reales. Se han utilizado pseudónimos para proteger la privacidad de los individuos. Aparte de eso, he tratado de brindarte un relato honesto y sin adornos de lo que experimenté y de cómo me sentí en ese momento.

En los años transcurridos desde el diagnóstico, las actitudes de las personas con respecto al TOC han cambiado de manera drástica. Ya no tiene la misma connotación bochornosa y excéntrica que solía tener. En cambio, se lo toma con curiosidad e interés. Aunque los estereotipos negativos siguen predominando, también existe una gran aceptación y comprensión del TOC como una enfermedad biológica que responde a tratamientos comprobados.

Mi mayor deseo como escritor y como persona con TOC es que los que padecen este trastorno aprendan no sólo a enfrentar la enfermedad, sino también a seguir con sus vidas. Podemos brindarnos apoyo mutuo a lo largo del camino y deshacernos del estigma que rodea a las enfermedades mentales en la actualidad. Juntos, podemos fortalecernos mutuamente.

El pensamiento es lo que cuenta

Con dudas (y más y más dudas): obsesiones y compulsiones

Mi historia

Cuando era pequeño, mucho antes de que se manifestaran los síntomas, era un niño feliz. Al menos, muchos recuerdos de mi niñez parecen girar en torno a la idea de que era, de alguna manera, especial.

Era un niño que prefería investigar un hormiguero en lugar de jugar al fútbol. En vez de desear muñecos articulados prefabricados y juguetes publicitados en televisión, construía ciudades con cubos. Pasaba días enteros entreteniéndome de esa manera. A medida que fui creciendo, las cosas que construía reflejaban el problema que se avecinaba. Como un caballo que puede oler la lluvia, pude sentir la tormenta.

Sin embargo, en general, era un niño tranquilo. Me encantaba leer. Cuando estaba en primer grado, tenía la habilidad lectora de un niño del doceavo grado. Solía sentarme a observar los diversos equipos de la vida moderna que había en casa y estudiar el funcionamiento de manera frenética. Cuando estaba en el jardín de infancia, ya tenía conocimientos de informática.

Viéndolo ahora, tenía el mundo en mis manos, por así decirlo. Crecí en una comunidad próspera, en el seno de una familia afectuosa y trabajadora. Mi madre era maestra de tercer grado y mi padre, abogado. Solía sentarme en su oficina mientras él estaba en reuniones, examinando cuidadosamente el contenido de sus cajones y construyendo pequeños vehículos con broches y clips, lapiceras y lápices.

Las personas que trabajan con mi padre aún hablan de aquella vez que convertí una caja de palillos para café rojos y unas pocas grapas en una escultura que se me asemejaba bastante a una langosta. Basta con decir que, aunque era un niño creativo, no me preocupaba impresionar a nadie. Es raro pensar que, cuando era mucho más joven, estaba seguro de que la gente me querría solamente por el hecho de ser yo mismo. Es triste saber que ese tipo de autoestima inocente, en nuestra cultura, es incinerado en el quinto grado.

Ahora me doy cuenta de que tenía rasgos un tanto extraños, pero no parecían causarme muchos problemas. No era bueno para los deportes en equipo, pero era tan hábil como los demás en cualquier debate. Crecí con las mismas influencias culturales y los mismos, o similares, gustos musicales que cualquier otro joven. Escuchaba casi todo.

Mi familia viajaba. Mi hermana y yo nos odiábamos con vehemencia y a la vez éramos inseparables mejores amigos, y mi padre era un héroe para mí. Pasé por todas las etapas del “cuando sea grande” por las que pasan otros niños. Quise ser oficial de policía, plomero, carpintero, médico, importante funcionario del gobierno para defender al país.

Básicamente, aparte de ser extremadamente quisquilloso para comer y demasiado tímido, y de estar constantemente consciente del deseo de estar siempre limpio, era un

chico normal. Creo que cuando dicen que la pubertad lo cambia todo, realmente quieren decir eso.

Enfermedades físicas y mentales

Cuando tenía alrededor de 11 años, en África, cundió el pánico por el virus Ébola. Dicha plaga mortal era especialmente horripilante debido a que producía una erupción hemorrágica debajo de la piel y sangrado por los orificios corporales. Durante mucho tiempo, el virus fue noticia en los medios de comunicación nacionales. Daba la sensación de que todos hablaban de la posibilidad de que el Ébola se extendiera a los Estados Unidos y del peligro potencial que ello representaba.

Como me gustaba mucho la ciencia, decidí leer todo lo que se relacionara con el virus Ébola. Busqué documentos de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, y los leí cuidadosamente, prestando atención a cada detalle. Lo que no sabía, hasta que fue demasiado tarde, era que mi fascinación por el Ébola era producto de mi intranquilidad al pensar que, de alguna manera, podría estar expuesto al virus sólo por el hecho de leer sobre él. Las sobrecubiertas de los libros sobre el tema, ilustradas con imágenes de colores brillantes de células infectadas por la enfermedad, eran un tabú. Tenía miedo de tocarlas pensando que la enfermedad se me transmitiría a través de las imágenes.

Ahora me doy cuenta de que también hubo otras señales tempranas de alerta. Cuando ingresaba a la escuela secundaria, siempre entraba por un cierto ángulo. El edificio había sido diseñado por alguien que obviamente estaba más interesado en la forma que en la funcionalidad, por lo que era difícil guiarse. Comenzaba en el vestíbulo y me encontraba de repente en el vestuario, sin saber cómo había llegado hasta allí.

Comencé saliendo del edificio siempre por el mismo camino que utilizaba para entrar. Si pasaba por ciertos pasillos, y a través de ciertas puertas y ciertas aulas, cuando salía tenía que seguir el mismo camino. Cuando no tenía ganas de hacerlo y no lo hacía, tenía una tremenda sensación de incomodidad, un malestar en el estómago.

En esa época, también comencé a lavarme las manos con más cuidado. El jabón debía ser antibacteriano, y me secaba las manos solamente con toallas limpias. En ocasiones, me levantaba de la clase para ir a lavarme las manos, utilizando la necesidad de ir al baño como excusa.

La verdad es que mi obsesión comenzó mucho antes de que me diagnosticaran el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

En ese momento, no era plenamente consciente de lo que hacía. Sin embargo, hoy puedo ver las semillas de la enfermedad en esas conductas. La verdad es que mi obsesión comenzó mucho antes de que me diagnosticaran el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

A la espera de catástrofes

Además de las enfermedades, las catástrofes se convirtieron en mi otra obsesión. Solía mirar imágenes del bombardeo sobre Hiroshima una y otra vez en Internet. Al principio, me parecía increíble. Y lo era. La bomba atómica cambió el mundo, aunque no para bien. Logró que los seres humanos nos diéramos cuenta de que nuestra capacidad destructiva superaba nuestros pronósticos. Todos estos pensamientos se agolpaban en mi mente. Estaba convencido de que si no tenía cuidado, de alguna manera, desataría una guerra

mundial catastrófica que terminaría con la vida actual. Me sorprendía el hecho de que otras personas pudieran hacer caso omiso de las posibles catástrofes que germinaban a nuestro alrededor.

La ansiedad se intensificó con la aparición del acné. Un día me estaba restregando el rostro. Me miré al espejo y, como era de esperar, tenía espinillas, que apenas sobresalían, un poco rojas y blancas en el medio. La piel que rodeaba esas zonas estaba irritada y sensible al tacto. Estaba muerto de miedo. Corrí hacia la habitación de mis padres, convencido de que había contraído una enfermedad aterradora. Podía sentirlo, tenía la sensación de que había sido infectado sin siquiera tener un resfrío. Mi padre encendió la lámpara, miró la erupción y me dijo que eran espinillas.

Comencé a utilizar todas las computadoras de la biblioteca para buscar artículos en Internet sobre todas las enfermedades que provocaban protuberancias en la piel. Que conste que existe una gran cantidad de ese tipo de enfermedades, y me sentía abrumado por la excesiva cantidad de información. Eventualmente, comencé a creer que tenía cáncer de piel. Había leído en una revista que la exposición prolongada al sol podía producir cáncer de piel. Este hecho cobró vida propia en mi mente.

Con el paso del tiempo, caminar a lo largo de los pasillos de la escuela era cada vez más difícil. Comencé a padecer una profunda ansiedad por la idea de ir por el camino incorrecto. Temía a todo tipo de cosas, pero reprimía los miedos porque los consideraba estúpidos. Sin embargo, seguían dándome miedo y, mientras más los reprimía, más intensos se volvían. Cuando llegó el momento de marcharme al campamento de verano, ya me había dado cuenta de que algo no andaba bien.

Campista no muy feliz

El verano en el que tenía 11 años fue un momento decisivo en mi vida. Ese año, cuando me subí al autobús para partir al campamento, sentí una ansiedad nueva e intensa que superaba la añoranza o el cuestionamiento.

Estaba confundido. Ya había ido al mismo campamento el año anterior, y había resultado ser lejos una de las mejores experiencias de mi joven vida. Había aprendido a ir en kayak, a navegar, a hacer caminatas, a disparar con un arma y a prender fogatas. Hice amistades que duraron muchos años.

Sin embargo, esta vez, el campamento fue distinto. En unas pocas semanas, quizás un mes, dejé de salir de la cabaña. La mayoría de las personas pensaban que era un intento de evitar el ejercicio obligatorio, lo que los irritaba. Luego, un consejero vino a la cabaña y me encontró sollozando y escuchando música fuerte en mi Walkman, con mi trasero balaceándose en el aire. Había conocido al consejero el año anterior y, con gritos ahogados, le pedí que se sentara conmigo.

A la semana siguiente, estaba en el autobús rodeado de niños chupando enormes bolas de caramelo extremadamente dulces. Cada vez que miraba mi golosina o la de un amigo, sentía una sobrecogedora necesidad de vomitar, ya que era una paleta que se podía utilizar más de una vez. Algunas tenían la parte externa más suave debido a la saliva de sus dueños. El olor a caramelo de azúcar y mantequilla era abrumador. Veía gérmenes, enfermedades, infecciones y todo tipo de males en donde otros niños veían un dulce placer.

Mientras seguía el viaje en autobús, comencé a pensar en un escape con el que había comenzado a obsesionarme, algo relacionado con extraterrestres. Creo, viéndolo ahora, que íntimamente esperaba que los extraterrestres me llevaran y me sanaran. Me aferré desesperadamente a esa idea.

Al cabo de unos días, me convencí de que era uno de ellos. Miraba las fotografías de mi gato, mi hermana, mi madre y mi padre, y rogaba que me perdonaran cuando descubrieran que no era el muchacho que ellos creían que era. En algún punto del camino, me perdí de verdad. Sabía con aterradora certeza que no era como los demás.

Invasión de los “ladrones” de mentes

En este período, comencé a darme cuenta de que algunos de mis pensamientos parecían ser malos. Una parte de mí creía que los únicos extraterrestres eran los pensamientos que habitaban en mi cabeza. En lugar de ser yo un intruso, era a mí a quien estaban molestando. Sin embargo, otra parte de mí creía que los extraterrestres habían sembrado esta duda en mi mente, como un mecanismo a prueba de falla para asegurarse de que era un buen espía. Me debatía entre mis lealtades. Estaba entre lo que quería creer y lo que no podía evitar creer. Dudaba de todo, lo que me enfermaba cada vez más.

Sin embargo, la providencia estaba de mi lado en un sentido. Milagrosa y afortunadamente, de pura casualidad o por intervención divina, un psicólogo pediátrico se había casado con alguien de la familia propietaria del campamento en el que me encontraba. El consejero que me había encontrado meciéndome ese día lo puso sobre aviso de mi condición.

Las preguntas que formulaba el psicólogo parecían leerme la mente. No desconfiaba, pero dudaba que pudiera ayudarme, hasta el momento en que me dijo que lo que lo que me pasaba tenía un nombre y que miles de niños como yo tenían este tipo de pensamientos. De repente, al menos existía la posibilidad de recibir ayuda.

... me dijo que lo que lo que me pasaba tenía un nombre y que miles de niños como yo tenían este tipo de pensamientos.

Aún recuerdo el viaje desde el campamento a casa en la camioneta familiar. Lo único que sabía con seguridad era que estaba en otro viaje. En algún punto, sabía que me dirigía a casa, pero no estaba seguro de cuál era mi hogar. Aún así, las señales a lo largo del camino no cesaban de hincarme, haciéndome recordar de dónde venía.

Al escribirlo ahora, tengo una profunda necesidad de arrancar esta página del cuaderno para tratar de olvidar lo que fue ese viaje. Esa es la razón por la que escribo este libro: por el dolor y las lágrimas, los gritos y chillidos, el enojo y el aislamiento; me siento orgulloso de dónde vengo. Claro que, cuando digo esto, no me estoy refiriendo al pequeño barrio residencial de Boston en donde crecí. Estoy hablando del pasado bizarro y a menudo doloroso que tuve que soportar primero, antes de poder disfrutar la vida que llevo ahora.

La primera noche que pasé en casa de mis padres, cuando regresé del campamento de verano, me sentí completamente aterrorizado. Aunque estaba seguro de que las cosas sólo podían mejorar, sabía, o mejor dicho sentía, que estaba haciendo algo mal. Todo lo

que hacía me causaba una duda fastidiosa y me seguía a todos lados. Como lo sabría posteriormente, eso era la enfermedad.

Luego del regreso a casa, pasé los primeros días volviendo a familiarizarme con los objetos y obstáculos que había conocido tan bien. Sentía temor y vergüenza a la vez. La ansiedad dificultaba hasta la acción de atarme los zapatos. Bañarme era una tarea de proporciones épicas y tan sólo cenar era una batalla. Me había convertido en prisionero de una enfermedad que se había apoderado de mi mente con una empuñadura de hierro. La lucha para liberarme comenzó en la adolescencia y se prolongó hasta los años universitarios.

Panorama general

Cuando era más joven, la palabra “obsesión” me hacía pensar en capricho. Si un muchacho se enamoraba perdidamente de una muchacha y dedicaba una extraordinaria cantidad de tiempo y energía a soñar despierto y prestar atención a cada palabra que ella pronunciaba, la gente decía: “Está obsesionado con esa muchacha”. Por supuesto, no se me ocurrió utilizar la misma palabra para describir los pensamientos extraños que tenía. Sin embargo, como lo supe más tarde, existe una gran diferencia entre el significado cotidiano de la palabra obsesión y la definición científica.

En términos científicos, la obsesión es un pensamiento o imagen mental recurrente que parece intrusa e inapropiada, y que provoca ansiedad y angustia. Es distinto al mero hecho de estar absorto en un compañero de clase guapo o en un pasatiempo favorito, porque incluso luego de que los pensamientos obsesivos comienzan a causar graves problemas, la persona siente que no puede hacer nada para detenerlos. En algún momento, se da cuenta de que los pensamientos la controlan a ella y no viceversa.

En términos científicos, la obsesión es un pensamiento o imagen mental recurrente que parece intrusa e inapropiada, y que provoca ansiedad y angustia

Los pensamientos obsesivos no son meras preocupaciones desmedidas sobre inquietudes de la vida real. Son, en realidad, ansiedades y temores exagerados que tienen poca base en la realidad. Sin embargo, una vez que estos pensamientos se abren paso en la mente de una persona, se niegan a irse sin importar lo mucho que trate la persona de deshacerse de ellos.

Tomemos como ejemplo mi obsesión con las imágenes de enfermedades. De niño, mientras hojeaba revistas, solía encontrarme con imágenes perturbadoras de peste y pestilencia, como moscas volando sobre llagas abiertas. Cada vez que veía esas fotografías tenía mucho cuidado para no tocarlas. Sin embargo, a veces cometía un error. Pasaba el dedo por la tinta de la página hasta que tocaba algunas de las personas infectadas. Cada vez que esto sucedía, gritaba por dentro. Corría al baño, me lavaba con mucho jabón y abría el grifo de agua caliente hasta que hirviera. Humeaba, y debo haber parecido una langosta al salir del baño.

Mi reacción al tocar las imágenes pone de manifiesto otro punto crítico: los pensamientos obsesivos pueden provocar una ansiedad intensa de que algo malo o

perjudicial puede ocurrir. La ansiedad es tan intensa que la persona se siente impulsada a hacer algo —*cualquier cosa*— para aliviarse y protegerse contra la temida consecuencia. Es de esa manera que nacen las compulsiones como el lavado excesivo de manos. Desde el punto de vista científico, la compulsión es una acción repetida, ya sea conductual o mental, que la persona se siente obligada a realizar como respuesta a una obsesión, para evitar que algo malo ocurra o para reducir la angustia asociada.

¿Qué es exactamente el TOC?

Como su nombre lo indica, el TOC es un trastorno mental que se caracteriza por obsesiones y compulsiones recurrentes e incontrolables. Cuando los profesionales clasifican las enfermedades mentales, el TOC se agrupa con afecciones como las fobias y los ataques de pánicos en una categoría denominada trastornos de ansiedad. Dichos trastornos incluyen preocupaciones o temores excesivos que duran mucho tiempo o que vuelven continuamente. Los síntomas provocan angustia o interfieren con las actividades habituales de la persona y con sus relaciones sociales.

Por supuesto, todos nos preocupamos de vez en cuando. Sin embargo, para la mayoría de las personas, las preocupaciones cambian con los diferentes sucesos de la vida. En cambio, las obsesiones perduran por más tiempo. Los mismos pensamientos no deseados se repiten una y otra vez. Aunque la naturaleza exacta de los pensamientos varía según la persona, las obsesiones suelen incluir inquietudes por estar enfermos, sucios o llenos de pecado. Cada vez que vuelven los pensamientos, movilizan sentimientos de temor, angustia, repulsión o vergüenza una y otra vez.

Cuando las personas tratan constantemente de neutralizar dichos pensamientos o imágenes con otros pensamientos, imágenes o acciones, aparece la compulsión. Las compulsiones suelen incluir rutinas y rituales rígidos que a los ojos de otros parecen carecer de sentido. Pero, para la persona que padece el TOC, tienen un objetivo, ya que contrarrestan la ansiedad provocada por los pensamientos obsesivos. El problema es que sólo son una solución temporal. Los pensamientos pronto regresan, al igual que la necesidad desesperada de conseguir el alivio.

...cuanto más te obligues a no tener un pensamiento obsesivo, más fuerte e intenso se tornará.

Se trata de un círculo vicioso muy difícil de romper solamente con fuerza de voluntad. De hecho, cuanto más te obligues a no tener un pensamiento obsesivo, más fuerte e intenso se tornará. Por suerte, existen tratamientos eficaces que pueden ayudarte a liberarte y a tomar el control de tu vida nuevamente. Dichos tratamientos se detallan en el capítulo 4.

OBSESIONES VIOLENTAS

Algunas de las obsesiones más perturbadoras incluyen pensamientos e imágenes violentas. Las personas que padecen el TOC viven con el terror de que actuarán en consecuencia de estos pensamientos, a los que consideran aborrecibles. Sin embargo, dado que esos pensamientos violentos se deben verdaderamente al TOC y no a otro problema, dicho temor es infundado. Los pensamientos violentos, al igual que otras obsesiones, llevan a rituales compulsivos, no a actos de violencia.

Sin embargo, los pensamientos ya son de por sí angustiantes; es como tener una película de terror proyectándose en tu cabeza que no puedes detener. En mi caso, cuando llegué a la edad en donde comenzaba a tener conciencia sexual, también comencé a tener visiones horribles de mí mismo cometiendo agresiones sexuales contra muchachas que encontraba atractivas. Para mí, la violación es una de las peores cosas que una persona puede hacerle a otro ser humano, por lo que dichos pensamientos me impresionaban muchísimo. Una de las principales razones de buscar ayuda profesional es encontrar alivio para esos pensamientos e imágenes tan perturbadoras.

¿De qué manera puede manifestarse el trastorno?

Los rituales y rutinas del TOC son señales externas de la confusión interna. Las compulsiones específicas son tan variadas como los individuos que las padecen. Sin embargo, las compulsiones suelen caer en patrones generales, y los profesionales utilizan dichos patrones para clasificar los subtipos del trastorno. A continuación, presento siete subtipos comunes. Recuerda, sin embargo, que muchas personas que padecen el TOC manifiestan más de un tipo de compulsión.

- **Lavado y limpieza:** esta conducta compulsiva es la más común en adolescentes. Surge de los pensamientos obsesivos de contaminación originada por gérmenes, venenos o secreciones corporales. Para contrarrestar dichas inquietudes, algunas personas se lavan las manos en exceso, a veces llegando al punto de dejarlas secas, rojas y agrietadas por restregarse constantemente. Otros pasan horas limpiando sus habitaciones o manifiestan rituales de ducha complicados. Estos adolescentes son capaces de hacer cualquier cosa para evitar la contaminación, como limpiar constantemente las perillas de las puertas que pueden estar cargadas de gérmenes o evitar tocar un objeto que haya estado en contacto con el suelo.
- **Comprobación:** las personas que padecen compulsiones de comprobación están obsesionadas con posibles catástrofes. Para disipar los temores, comprueban constantemente para asegurarse de que la catástrofe no haya ocurrido aún. Por ejemplo, los estudiantes que se obsesionan con perder la tarea o los libros de texto pueden llegar a comprobar una y otra vez para ver si dichos elementos están en el morral. Por supuesto, no es inusual verificar dos veces si uno tiene todas sus pertenencias. Sin embargo, aquellos que padecen el TOC pueden quedarse atrapados por horas en un ciclo inútil de preocupación y comprobación, preocupación y comprobación.
- **Repetición:** al igual que los que padecen compulsiones de comprobación, las que tienen compulsiones de repetición están obsesionadas con posibles catástrofes. La diferencia reside en que los rituales de protección que manifiestan no tienen una conexión lógica con el evento temido. Por ejemplo, un adolescente está atormentado por la preocupación de que un ladrón entre a su casa por la noche mientras todos duermen, entonces verifica una y otra vez si las puertas y ventanas están cerradas, lo que representa una respuesta lógica, tal vez excesiva, a la ansiedad. Por otro lado, una persona con compulsiones de repetición puede llegar a dar vueltas por la habitación siguiendo el mismo camino, una manera ilógica y excesiva de prevenir el robo. Otro grupo de personas dicen que repiten acciones,

como subir y bajar las escaleras, porque no hacerlo podría causarles una angustia absoluta. En estos casos, no existe una consecuencia temida identificada, sólo la angustia. Sin embargo, la posibilidad de no repetir la acción para neutralizar la angustia sigue siendo abrumadora.

¿TOC o hábito extravagante?

“Si pisas la grieta, rompes la espalda de tu madre”. Pisar grietas en la acera es un ritual que no guarda relación lógica con mantener a la madre a salvo, sin embargo, muchas personas aún lo hacen. ¿Acaso esto quiere decir que todos tienen una forma repetitiva del TOC? No. La mayoría de nosotros tiene hábitos extravagantes o conductas supersticiosas. Muchas personas también manifiestan rituales saludables y relajantes, como leer antes de irse a dormir. No hay nada anormal con estos comportamientos siempre y cuando no causen problemas graves. A diferencia de ello, los rituales del TOC consumen una excesiva cantidad de tiempo y conducen a una angustia considerable o interfieren con la capacidad de seguir con la vida diaria.

- Orden y disposición: las personas que presentan estas conductas están atormentadas por la preocupación de que algo no está bien a su alrededor. Este subtipo de compulsión es inusual en que no suelen existir ningunas consecuencias temidas. Es solamente una sensación de malestar que se prolonga hasta que todo vuelve a su lugar. Para reducir el malestar, las personas que padecen este tipo de TOC pueden pasar una considerable cantidad de tiempo ordenando, disponiendo y enderezando objetos. Suelen molestarte mucho cuando alguien mueve sus pertenencias.
- Acumulación: las personas que guardan cosas compulsivamente están impulsadas por la ansiedad constante de no tener lo que necesiten en el futuro. Algunos guardan objetos que para otros son inútiles o desmedidos. Otros simplemente evitan tirar algo. Por consiguiente, mientras que un adolescente típico pueda querer coleccionar todos los discos de sus bandas favoritas, una persona que padece la compulsión de la acumulación puede llegar a coleccionar cuatro copias de cada disco o también guardar las bolsas y recibos de los mismos.

¿Compulsión o tic?

Una estudiante toca todos los objetos de su pupitre uno tras otro y luego lo vuelve a hacer una y otra vez. Desearía poder detenerse, pero parece no poder controlar lo que hace. ¿Padece de una compulsión de orden? Es probable. Sin embargo, también existe la posibilidad de que sea un tic complejo. Los tics son movimientos o vocalizaciones repentinas, rápidas y repetidas que no tienen ningún propósito útil. Pero los tics más complejos que incluyen patrones coordinados de movimientos en distintos grupos musculares, en ocasiones parecieran tener algún propósito aunque no lo tengan; por ejemplo, tocar o dar golpecitos en objetos, saltar, inclinarse, retorcerse o tener arrebatos de palabras o frases. Incluso para los profesionales, puede resultar difícil diferenciar el TOC de un tic complejo. La tarea se dificulta más por el hecho de que muchas personas padecen ambos; hasta un 30% de las personas que padecen el TOC presentan tics en algún momento de sus vidas. Como regla general, sin embargo, las compulsiones suelen estar precedidas por un acontecimiento mental, como una obsesión o una sensación de ansiedad. Por otra parte, los tics suceden a una sensación de tensión física que crece hasta que la necesidad de liberarse es casi irresistible, muy parecida a la tensión que se produce antes de estornudar. Muchos rituales compulsivos suelen ser también más complicados que incluso los tics más complejos.

- Cuenta y otros rituales mentales: como las otras personas que padecen el TOC, aquellos que se incluyen en esta categoría tienen rituales compulsivos. La diferencia reside en que realizan los rituales en sus mentes. Los ejemplos incluyen contar para uno mismo, realizar listas mentales o repetir en silencio algunas palabras o frases. Algunos rituales mentales se dan junto con los que se realizan. Por ejemplo, un estudiante que comprueba compulsivamente el contenido del morral puede formarse una imagen mental de él mismo revisando y confirmando que tiene todo. Luego, en vez de revisarlo nuevamente, puede volver a proyectar la imagen en la mente. Pero, ya sea que el ritual se realice mental o físicamente, el propósito es el mismo: aliviar la ansiedad y recobrar la sensación de seguridad, aunque más no sea temporalmente.

La vida dominada por los números

Sentí el cosquilleo en mi garganta como si algo hubiese pasado por el esófago y quisiera salir. Luego, los brazos comenzaron a arder, como una picazón que no puedes rascar. Me encontraba en el pasillo de la escuela secundaria a la que había asistido durante un año. Los estudiantes se juntaban allí para chismorrear, hablar de sus planes para el fin de semana y comparar comentarios sobre cuáles eran los profesores más exigentes. Sin embargo, mi mente estaba ocupada con otra cosa ese día. Me sentía cada vez más inquieto porque iba a tener un arrebato ruidoso. Temí que si no emitía el sonido, si no dejaba salir a la criatura que habitaba en mí, moriría. Mientras más me resistía y más pensaba en ello, más incapaz de resistirme me sentía. Mis cuerdas vocales se tensaron. Sentí cómo se me apretaba la mandíbula y, aunque la mayoría de las personas desconozca que tenemos dos grupos de cuerdas vocales, sentí como si las mías se estuvieran volviendo asíncronas. Aterrado por esta nueva sensación y por lo que la gente pudiera pensar si dejaba escapar un fuerte gemido para aclararme la garganta, tensioné la garganta para hacer que el sonido fuera lo más silencioso posible. El sonido salió como un sapo cantando en octava baja, rápido y forzado. Algunos voltearon las cabezas, pero perdieron el interés rápidamente. De repente, horrorizado, mi atención se centró en mi obsesión por los números. Mi primera experiencia con los tics —movimientos o vocalizaciones repentinas, breves y explosivas— y ahora tendría que hacerlo dos veces más. Esa fue la tercera. Tres es un número sagrado, así que seguí hasta cinco. Comenzó a dolerme la garganta. Sentía como si tuviera bronquitis. En ese momento, la gente comenzó a preguntarme qué me pasaba. Mientras los estaba tranquilizando, a la mitad de una oración, otro de los granujas tomó el control y se escapó. Tres de mis amigos me miraron, abriendo cada vez más los ojos. Pasé a seis, que es como el sesenta y seis, que era el número favorito de mi hermana, lo que me llevó al número más profano, el seiscientos sesenta y seis. Tuve que obligar a salir otro croar para obtener el número siete, el del Señor. Tosí para cubrir el sonido. El ocho era un número de consuelo, así que tosí para cubrir el tic otra vez. Trece vocalizaciones después, había llegado a veintiuno. Mi laringe gritaba de dolor. En este punto, se había congregado una multitud. Cuando recobré la compostura, me di cuenta de repente que mis piernas estaban mal cruzadas. Revisé los números en mi cabeza. Acordé cinco. Crucé y descruqué las piernas una, dos, tres veces. Me sostenía con los brazos, las palmas de las manos hacia abajo formando un arco extraño. Cuatro. Insistí hasta el cinco. En ese momento creí que todos me juzgaban. Quería una bolsa de papel para ponerme sobre la cabeza, o una cortina para esconderme mientras mi cerebro estúpido solucionaba mis obsesiones estúpidas y para que la gente que estaba parada frente a mí no tuviera que ver más mis compulsiones. Me sentí desnudo. Luego vino mi amiga Jessica

y salvó mi moribunda vida social. Jessica tenía una sonrisa preciosa con una personalidad y un cuerpo que la acompañaban. Todos en la escuela la adoraban. Lo que la mayoría de las personas no sabía era que Jessica también tenía el TOC acompañado por el síndrome de Tourette, un trastorno caracterizado por tics físicos y vocales frecuentes. Era una experta en disfrazar los síntomas. En la escuela, aplaudía debajo del pupitre, pero solamente utilizando una mano por vez como una concha de almeja cerrándose, minimizando el ruido. También solía lamerse los labios con frecuencia, pero, al aplicarse un brillo labial después, simplemente parecía una experta en productos para el cuidado de los labios. Pasamos por el pasillo, alejándonos de los demás estudiantes. Después colapsé, llorando silenciosamente, mientras Jessica me acunaba. Mi amigo Brad, que tenía el tamaño de una casa pero era todo músculo y corazón, montaba guardia como mi “gorila” personal. Estaba seguro y a salvo. Brad se ofreció a traerme algo, aunque admitió que no sabía qué podía ayudarme. Me sequé los ojos y pedí un vaso de agua. Después comencé a reír suavemente en los brazos de Jessica. La vida es en esencia ridícula, pero, al menos por el momento, había recobrado el equilibrio. Ahora, me perdono y dejo salir los sonidos suavemente, y después sigo con lo que estaba haciendo. Desafortunadamente, hay personas que se burlarán de ti o que te juzgarán debido a sus propias inseguridades o por mera crueldad. Está bien. Recuerda que la crueldad de los demás habla más de ellos que de ti. Además, la amabilidad de los verdaderos amigos la anula con creces.

- **Rezos y escrupulosidad:** la escrupulosidad se refiere a una preocupación excesiva por ofender a Dios, cometer un pecado, tener pensamientos blasfemos o hacer algo inmoral. Suele haber una línea entre ser escrupuloso, por un lado, y ser un religioso ferviente o tener una conciencia altamente desarrollada, por otro. Sin embargo, las creencias de autocritica severas de alguien con escrupulosidad suelen exceder tanto a la doctrina religiosa como a la ley secular. Para reparar lo que se percibe como malas obras, la persona puede llegar a rezar compulsivamente, a hacerse la señal de la cruz reiteradamente o a manifestar otros rituales de expiación personal.

Además de realizar rituales para neutralizar las obsesiones, las personas que padecen el TOC suelen comenzar a evitar las cosas y eventos que desencadenan la ansiedad. Por ejemplo, una estudiante con escrupulosidad puede creer que está copiando si sus ojos apenas rozan la evaluación de un compañero que se encuentra cerca, incluso si no mira las respuestas. Para reducir el sentimiento de culpa ansiosa, la estudiante puede llegar a decir una oración, repitiéndosela tantas veces que no puede terminar la evaluación. Después, la misma estudiante puede preocuparse a tal extremo que comienza a evitar las evaluaciones; se quedará en su casa en esos días, incluso si estudió.

¿Qué tan común es el TOC?

El TOC puede llevar a conductas muy extrañas. Una persona le da tres golpecitos al vaso

antes de beber. Otra hace pausas incómodas durante las conversaciones ya que repite todo lo que la otra persona le dice en su mente. Y otra se viste y desviste reiteradamente, creyendo que eso mantendrá a sus seres queridos a salvo. Puede parecer que una enfermedad tan individualista se da raramente. Sin embargo, el TOC es más común de lo que crees. Si adviertes que tienes algunos pensamientos y conductas parecidos a los del TOC, es bueno saber que no estás solo.

El TOC en estado avanzado afecta a alrededor de 2.2 millones de estadounidenses de 18 años de edad y mayores en un año cualquiera. Hay estudios que sugieren que el 1% de personas más jóvenes también presentan el trastorno. Antes de la pubertad, el trastorno es más común en varones que en mujeres. Sin embargo, después de la pubertad, las muchachas los alcanzan, y la prevalencia del TOC en adolescentes y adultos es prácticamente igual en ambos sexos.

El TOC en estado avanzado afecta a alrededor de 2.2 millones de estadounidenses de 18 años de edad y mayores en un año cualquiera.

Un tercio de los adultos que padecen el trastorno suelen manifestar los primeros síntomas durante la niñez. En la mayoría de los casos, los primeros síntomas aparecen durante los años de adolescencia o juventud. Las obsesiones y compulsiones suelen aparecer gradualmente, aunque en ocasiones la aparición del problema es más repentina.

¿Cuáles son las causas del trastorno?

El TOC ha fascinado durante mucho tiempo a los científicos, por ser tan dramático. Las teorías del pasado culpaban a todo, desde un entrenamiento para ir al baño estricto hasta una crianza moral defectuosa. Sin embargo, aunque deben haber tratado de comprobarlo, los investigadores no pudieron encontrar evidencia de que las prácticas de crianza o actitudes adquiridas causen el trastorno. El veredicto: tus padres deben haberte castigado por ensuciarte o te deben haber enseñado que algunos pensamientos son malos, pero eso solo no significa que vayas a padecer el TOC.

En la actualidad, la atención principal ha pasado desde las explicaciones emocionales a las genéticas y las biológicas. Existe un vasto y cada vez mayor cuerpo de investigaciones que asocia al TOC con un mal funcionamiento del cerebro. Por supuesto, una vez que la enfermedad se ha arraigado, los factores sociales y ambientales aún pueden afectar la manera de experimentar los síntomas. Las situaciones estresantes, por ejemplo, pueden empeorar los síntomas.

A continuación, presento un breve resumen de algunos factores que pueden causar o contribuir con la manifestación del TOC. Recuerda que es un trastorno complejo, así que es posible que tenga múltiples causas que interactúan entre sí de manera complicada.

FACTORES BIOLÓGICOS

El TOC parece estar relacionado con cambios en la química natural del cerebro. Los neurotransmisores son químicos que actúan como mensajeros cerebrales. Uno de dichos mensajeros químicos relacionados en el TOC es la serotonina, un neurotransmisor que ayuda a regular el estado de ánimo, el sueño, el apetito y el deseo sexual. Los bajos niveles de serotonina están asociados tanto a la ansiedad como a la depresión.

Los estudios de imágenes cerebrales muestran que las personas que padecen el TOC tienden a presentar patrones de actividad cerebral distintos a los de los individuos sanos o de las personas que padecen otros trastornos mentales. En particular, el cerebro de las personas que padecen el TOC suele presentar anomalías en los circuitos que unen la corteza orbital, ubicada en la parte frontal del cerebro, y los ganglios basales, que se encuentran en el interior. La serotonina cumple una función importante en la comunicación entre dichas estructuras.

Sin embargo, la evidencia más sólida que relaciona a la serotonina con el TOC proviene de los estudios de tratamientos con fármacos. Las investigaciones muestran que las personas que padecen el TOC suelen mejorar cuando toman inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS), medicamentos que incrementan la cantidad de serotonina en el cerebro. Por consiguiente, los IRSS suelen ser recetados junto con la psicoterapia para tratar el TOC.

FACTORES GENÉTICOS

Los genes también parecen tener un papel clave en el TOC. Si alguno de tus padres o algún familiar cercano padece el trastorno, el riesgo de que padezcas la enfermedad aumenta. El riesgo es especialmente alto si alguno de tus padres padeció el TOC de niño o si varios de tus familiares lo padecen. Es posible que pienses que la tendencia de que el TOC venga de familia puede ser explicada con el hecho de que los niños imitan las conductas compulsivas de sus padres. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que, cuando el padre y el hijo padecen el TOC, no suelen tener los mismos síntomas. Por ejemplo, un padre que es un “comprobador” compulsivo puede criar a un niño que se lava compulsivamente. Esto refuerza el argumento de que la herencia y no el aprendizaje está en juego.

Recientemente, científicos de los National Institutes of Health (NIH) descubrieron que una determinada variación genética es casi dos veces más común en personas que padecen el TOC que en las personas que no lo padecen. La variación ocurre en el gen transportador de serotonina (serotonin transporter, SERT por sus siglas en inglés) el cual ayuda a regular las concentraciones de serotonina en el cerebro, por lo que es un lugar importante de acción para los IRSS. Sin embargo, heredar la variación del SERT no es suficiente para que se manifieste el TOC, según los investigadores de los NIH. En realidad, puede simplemente hacer que la persona sea más vulnerable a padecer el trastorno cuando otros factores también se encuentren presentes.

FACTORES AMBIENTALES

Mientras que el TOC tiene sus raíces en la biología y la genética, las personas que padecen el trastorno, al igual que todos, también se ven afectadas por lo que sucede en el mundo que los rodea. En algunas personas que padecen el TOC, los acontecimientos estresantes de la vida pueden empeorar los pensamientos intrusos y los rituales compulsivos que son característicos del trastorno. En mi caso, ya presentaba señales sutiles del TOC antes de ir al campamento ese verano cuando tenía 11 años. Pero el estrés de partir al campamento empeoró los síntomas hasta el punto en donde atraje atención profesional por primera vez.

Las interacciones con otras personas no provocan el TOC, pero pueden empeorar el trastorno una vez que se ha hecho presente. Algunas relaciones son muy estresantes. En otros casos, los familiares y amigos pueden reforzar, sin querer, los rituales compulsivos al seguir la corriente, sin importar lo irracionales o inoportunos que dichos rituales puedan ser. A menudo nuestros seres queridos tienen las mejores intenciones y tratan solamente de mantener la paz o hacer que la persona enferma se sienta mejor. A la larga, sin embargo, los familiares y amigos que colaboran demasiado con el TOC pueden terminar reforzándolo.

A la larga, los familiares y amigos que colaboran demasiado con el TOC pueden terminar reforzándolo.

INFECCIÓN

Otro hecho extraño, pero real, sobre el TOC: en una pequeña cantidad de niños, el TOC o los tics comienzan repentinamente y en forma dramática luego de padecer una inflamación de garganta. Los tics son movimientos o vocalizaciones repentinas, reiteradas y sin propósito alguno, como parpadear, hacer muecas faciales, encogerse de hombros, sacudir la cabeza, aclararse la garganta, husmear o gruñir. El nombre de esta forma poco común de TOC infantil es trastornos neuropsiquiátricos pediátricos autoinmunes asociados con infecciones estreptocócicas (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections, PANDAS por sus siglas en inglés).

Para que un niño sea diagnosticado con PANDAS, el TOC o trastorno de tics debe haber comenzado entre los tres años de edad y la pubertad. Con el paso del tiempo, los síntomas también deben mostrar un patrón de altibajos dramáticos. Comienzan abruptamente, luego mejoran lentamente. Pero si el niño se enferma con otra infección del estreptococo, los síntomas empeoran abruptamente otra vez. Junto con las obsesiones, las compulsiones y/o tics, los niños que padecen PANDAS suelen tener otros síntomas, como hiperactividad, problemas de concentración, irritabilidad, tristeza, problemas para conciliar el sueño, enuresis nocturna, dolores en articulaciones y ansiedad por la separación de sus padres.

Recientes investigaciones han ayudado a aclarar de qué manera los estreptococos pueden desencadenar el TOC. El sistema inmunológico es una red de células, tejidos y órganos que defienden al cuerpo contra ataques de invasores externos, como las bacterias y los virus. Cuando el sistema inmunológico descubre que hay algo extraño en el cuerpo, prepara anticuerpos, moléculas diseñadas para destruir o inactivar al invasor. En el caso de los que padecen PANDAS, este proceso fracasa. Los anticuerpos que deben atacar a la bacteria del estreptococo actúan por error en una determinada enzima del cerebro. Esto afecta la comunicación entre las células cerebrales, lo cual se cree que provoca los síntomas del TOC o los tics.

Por definición, PANDAS es una enfermedad infantil. Como se están realizando más investigaciones, siempre existe la posibilidad de que los científicos descubran que algunos adolescentes y adultos también padezcan el TOC por razones inmunológicas. Por el momento, sin embargo, se sabe que solamente ocurre en niños, y no en muchos niños, además. Sólo por el hecho de que padeciste inflamación de garganta en el pasado y ahora padezcas el TOC no quiere decir que sea un caso de PANDAS. De hecho, casi todos los

niños en edad escolar contraen inflamación de garganta en algún momento, pero muy pocos contraen el TOC como consecuencia. Solamente se considera a PANDAS como posible diagnóstico cuando hay una relación extremadamente estrecha entre la inflamación de garganta y el inicio o empeoramiento del TOC o de los tics.

Recuerda que el TOC por sí solo no es contagioso, un hecho clave que algunas personas no entienden. En un momento luego de que mi TOC se hiciera público, varios compañeros de clase me dijeron que estaban preocupados de que pudiera contagiarles el trastorno. En ese momento, me sentí como un leproso, repentinamente exiliado al desierto, a quien sólo visitaban aquellos que eran tenaces y compasivos. En la actualidad, sin embargo, veo a este tipo de afirmación sin fundamento como una oportunidad de educar a otras personas sobre la enfermedad. Nada disipa un temor infundado o estereotipo negativo como la verdad.

Cómo sentirse integrado

En la escuela secundaria, puede ser literalmente imposible no sentirse juzgado o creer que alguien se está burlando de ti. Al ser un lavador de manos evidente y alguien que frecuentaba la oficina del consejero con más asiduidad que la normal, era automáticamente un sospechoso. Mientras más intentaba pasar el escrutinio como si todo estuviera bien, más obvio se hacía que otras personas me estaban juzgando, o al menos esa era mi percepción de la situación. Cada vez que iba a la cantina, en caso de que me convencieran, tenía que comer de los platos más calientes posibles, los cuales eran, de hecho, demasiado calientes para llevar sin quemarme. Sabía que otras personas habían comido del mismo plato y estaba dispuesto a soportar un poco de quemazón para reducir el riesgo de la contaminación. En un punto, también comencé a esterilizar la vajilla con un pequeño encendedor por debajo de la mesa. Cada vez que alguien me veía hacerlo, sentía que se me agolpaba la sangre en la cabeza y quería volverme invisible. Un día, alguien hizo una broma sobre el tamaño de los armarios y me desafió a meterme dentro del mío, cosa que hice. Para mi asombro, cabía perfectamente y, a partir de ese momento, el armario se convirtió en un refugio personal. Lo utilizaba para esconderme, para contar, para llorar solo, en síntesis, para hacer todo lo que los otros no debían ver. En poco tiempo, esconderme en el armario se había convertido en un ritual compulsivo. Sentía que debía pasar cierta cantidad de tiempo allí todos los días, y que era imperioso que abriera la puerta del armario de la manera correcta. Como te debes estar imaginando, llegó el día en el que un grupo de personas me vio salir del escondite. Fue peor que ser atrapado dándole golpecitos con el pie a la entrada del aula. Peor que llegar a la clase con las manos rojas y escaldadas. Era incluso peor que tener papel higiénico en el zapato o la bragueta abierta. Después de todo, ¿no te sería difícil a *ti* no juzgar a un muchacho que aparentemente vivía en el armario?

Tratando de guardar las apariencias, les dije que se necesitaba mucha habilidad para contorsionarse hasta llegar a la forma de una pila de libros. Después acusé

a mis espectadores de estar celosos de no poder esconderse en sus armarios hasta que tocara el timbre. El sudor me goteaba desde las axilas. Brevemente pensé que mis posibilidades de encontrar novia se habían desplomado hasta llegar a ser casi nulas. En una palabra, me sentí un desposeído. Para mi sorpresa, un muchacho popular de la clase pensó que era lo mejor que había visto. La mayoría de las personas faltaba a clase viajando por los pasillos. En realidad, tenía un lugar para pasar el rato y para escuchar música. Me gané la reputación de ser algo así como un contorsionista y seguí la corriente. Era muchísimo mejor que ser un paria. ¿Me sentía avergonzado? Sin lugar a dudas. Pero, mirándolo ahora, creo que es una de las cosas más divertidas que hice en la escuela.

¿Qué es lo mínimo que debo saber?

Padecer el TOC no es broma. Los pensamientos indeseados y las conductas ritualistas pueden dominar tu vida y hacer que sea casi imposible hacer otras cosas que quieres hacer. Es posible que te des cuenta de que lavarte, contar o comprobar constantemente no tienen sentido, pero aún así, que eres incapaz de detenerte y, además, es posible que odies sentirte tan fuera de control.

Si eres parecido a mí, será un alivio para ti ponerle finalmente un nombre al problema. El TOC es una enfermedad real y grave. No es producto de tu imaginación ni una señal de carácter débil. Es una enfermedad con base biológica, y no puedes convencerte de no padecerlo de la misma manera que no puedes hacerlo con la diabetes o el asma. La buena noticia es que, al igual que esas enfermedades, el TOC puede tratarse. Además, con el tratamiento adecuado y mucho esfuerzo, puedes aprender a deshacerte de las obsesiones y a dominar las compulsiones. No será fácil, pero soy la viva prueba de que es posible luchar contra el TOC y ganar.

... con el tratamiento adecuado y mucho esfuerzo, puedes aprender a deshacerte de las obsesiones y a dominar las compulsiones.

Camino resbaladizo al hospital: diagnóstico y hospitalización

Mi historia

Lo primero que aprendí sobre los psiquiatras es que tenían golosinas. Al menos, el psiquiatra que me atendió cuando regresé a casa del campamento de verano sí las tenía. Parecía entender que se necesitaba algo dulce para contrarrestar los sentimientos y las experiencias amargas que comenzaríamos a explorar.

Este psiquiatra me diagnosticó formalmente el TOC cuando tenía 11 años. El impacto de lo que significaba el diagnóstico llegó por etapas. Irónicamente, mi reacción inicial fue sentirme muy contento. Me sentía feliz y agradecido por saber que lo que me estaba pasando tenía un nombre. Recién mucho después, entendí la gravedad de la situación.

Luego vino el enojo. No quería hablar abiertamente de ello, pero sí quería gritar. Una de las primeras cosas que me enseñó el psiquiatra era que, si lo haces en el entorno adecuado, gritar no tiene nada de malo. No era mi culpa padecer esta enfermedad. No había hecho nada para merecerla y, sencillamente, no era justo. Era normal e incluso natural que estuviese enojado, pero necesitaba aprender a aprovechar esa energía y a canalizarla en algo constructivo.

Esa era la meta a largo plazo. En el corto plazo, grité, di patadas y corrí muchísimo. Lloré hasta el agotamiento. Le pegué al sofá con los puños. Me llevó mucho tiempo aprender a convertir el enojo en energía para sortear los impedimentos que encontraba en el camino hacia la mejoría.

Creía que el TOC era como tener un terrible dolor de cabeza y que, al tomar una píldora mágica, desaparecería.

Aprendí muy rápidamente que padecer el TOC no era como quebrarse un brazo. Al ser un joven estadounidense adinerado, estaba acostumbrado a las soluciones rápidas. Creía que el TOC era como tener un terrible dolor de cabeza y que, al tomar una píldora mágica, desaparecería. Me desilusionó bastante el hecho de saber que no sería tan simple.

Temprano arribo de la oscuridad

Esa era mi situación: aún no había llegado a la adolescencia y ya me habían dicho que debía enfrentar una enfermedad grave. No quería hacerlo. En lugar de ello, quería prenderme fuego y correr por la calle. Le pedí al cielo que me cayera un rayo. Quería que todo el mundo supiera que me negaba a aceptar la carga que me habían impuesto.

La depresión que vino después me golpeó dura y rápidamente. El cielo se tornó menos azul; la luz comenzó a apagarse. Prácticamente de la noche a la mañana, el mundo comenzó a oscurecerse y la esperanza a desvanecerse. Mis hábitos de alimentación

pasaron de malos a espantosos, y me olvidé de cómo hablar con las personas. Parecía no haber consuelo para mí.

En ese tiempo, mi gusto por la música también se oscureció. Mis amigos me habían hecho escuchar bandas como Nine Inch Nails, Marilyn Manson y Rage Against the Machine. Cuando eres joven y te cae encima algo tan monstruosamente injusto como el TOC, escuchar a adultos cantar letras de protesta contra la injusticia y tocar la guitarra fervientemente es la forma más pura de reivindicación. Me volví adicto a esas bandas y, hasta el día de hoy, sigo escuchándolas. Me recuerda que no estoy solo.

En sexto grado, me salteaba el almuerzo para escuchar a otra de mis bandas favoritas, Cannibal Corpse. El martilleo rápido, furioso y rítmico del bajo llegaba a lo más profundo de mi ser, y escuchar esa música me daba paz en medio de la guerra que se libraba en mi mente. Desafortunadamente, cuando la música terminaba, me enfrentaba con un mundo real que parecía más siniestro y sin esperanzas de lo que imaginaba.

Crecí rápidamente. Crecí demasiado pronto. Para mí, la vida era infinitamente implacable. El enojo era una constante, y la depresión marcaba mis días. En ese tiempo, fue la primera vez que vi llorar a mi papá. Creo que el hecho de verme sufrir le partía el alma. Pero, al final, su corazón se sanó y se fortaleció más que nunca.

Mientras tanto, casi de la noche a la mañana, mi mamá acumuló una provisión de libros sobre el TOC que parecía no acabar. Aunque estaba emocionalmente agotada y probablemente aterrorizada, aún tenía el deseo intelectual de obtener información que le ayudaría tanto a ella como a mi papá a entender a su hijo.

En esa época, la Obsessive-Compulsive Foundation ofreció una conferencia en Boston. Mi mamá asistió, y fue allí en donde escuchó por primera vez sobre el dedicado grupo de personas cuya meta y propósito era informar al público sobre esta enfermedad potencialmente debilitante. En la conferencia, mi madre recolectó montones de bibliografía útil sobre cada faceta de la enfermedad. Tras la devastación, trajo a nuestro hogar un poco de esperanza.

Mundo aterrador

La pubertad ya es difícil de por sí, pero la pubertad con el TOC raya lo ridículo. Cuando volví a integrarme a la sociedad, después de conocer el diagnóstico, sentí que todos me miraban conscientes de que había algo malo en mí. Sentía que sus ojos me quemaban, pero no podía comunicar lo que me pasaba.

El mundo era un lugar aterrador, y las cosas que me habían provocado una leve ansiedad cuando estaba bien ahora eran absolutamente espeluznantes. La división entre lo que era una línea de pensamiento relacionada con la enfermedad y lo que era una inquietud natural, aunque exagerada, se hacía borrosa hasta desaparecer. Todo se convirtió en una cuestión de evitación. No podía ir a un baño público solo. No podía atarme los zapatos, salir a caminar o incluso dibujar en un papel sin sentirme aterrorizado. La ansiedad creció hasta el extremo que perdí completamente el apetito. Mis padres me alentaban a comer durante la cena, pero no podía.

Douglas Adams, uno de mis autores favoritos, sugirió que una de las cosas más

aterradoras y crueles que podías hacer era mostrar a una persona el lugar exacto del universo en donde se encontraba. En su famosa novela, *The Hitchhiker's Guide to the Galaxy* (*La guía del autoestopista galáctico*), Adams explora la idea de esta conciencia como una forma de tortura. Funcionaba mostrándole a alguien un mapa que demostrara la complejidad y la enormidad infinita del universo, con un signo señalando el lugar exacto de la persona en el mismo. La teoría afirmaba que nada puede resultar más traumático que comparar el minúsculo lugar de uno mismo dentro de toda esa inmensidad.

La primera vez que leí la sección de la novela que explicaba la teoría, me eché a reír. Adams era un hombre que realmente podía verlo con claridad. No había nada más aterrador que saber cuán pequeños somos en este mundo extraño y, en ocasiones, cruel.

Miedo tóxico y pensamiento pernicioso

Recuerdo una noche en la que mi mamá me llamó para que bajara a ayudarla a preparar la ensalada para la cena. Quería que saliera de mi habitación, donde rumiaba cuestiones que gritaban dentro de mi cabeza. Cuando llegué a la cocina, mi mamá me dio el cuchillo y comenzamos a trabajar para que todas las verduras quedaran bien cortadas y limpias dentro del bol.

En mi cabeza, me veía a mí mismo envenenando el aderezo para la ensalada.

Apenas sentí la sangre agolpándose en el rostro, supe lo que significaba: en seguida llegaría una obsesión, y en efecto, llegó. Este pensamiento intruso en particular fue horrendo, el tipo de temor nocivo que se estaba transformando en una obsesión dominante. En mi cabeza, me veía a mí mismo envenenando el aderezo para la ensalada. Fue tan sólo una imagen fugaz: rápida, cruda y concisa.

Todos tenemos este tipo de pensamientos perturbadores de vez en cuando. De hecho, en una encuesta, más del 90% de personas que no padecen el TOC así lo admitió, y es probable que el resto haya mentido. Sin embargo, el pensamiento suele ser descartado de inmediato, tan rápidamente que la mayoría de las personas ni siquiera lo detecta. Sin embargo, en las personas que padecen el TOC, el pensamiento puede perdurar, y eso es lo que me pasó a mí.

Dejé el cuchillo sobre la tabla para cortar y me alejé de la encimera. Mi mamá levantó la vista a tiempo para ver cómo mis ojos se agrandaban por el temor y se formaban gotas de sudor en la frente. Estas reacciones ya eran demasiado familiares para ella, y miró a mi papá en silencio expresando su inquietud.

Fue la primera que me preguntó qué me pasaba. Dije que no sabía cómo o por qué pero que era posible que la ensalada estuviese envenenada. Sentía que era importante informarles que no deberían comerla, ni tampoco nada que hubiera estado en contacto con la ensalada o el aderezo. No sabía de dónde venía esa idea ni cuál podría ser mi motivo para envenenar la ensalada. Como lo supe más tarde, la falta de una explicación razonable del temor era una pista de que podría tratarse de una obsesión. Sin embargo, sin importar lo absurda que parecía la idea del envenenamiento, era aterradora, por lo que les pedí a mis padres que tiraran la ensalada.

Mi papá —con lo que me pareció mucho valor— dijo que correrían el riesgo y que era altamente improbable que yo hubiera encontrado la manera de poner arsénico o cianuro en la ensalada sin tener acceso a tales venenos o un motivo para utilizarlos. Eso me hizo sentir mejor por medio segundo, pero después me preocupé más. Me di cuenta de que iban a comer la ensalada sin importar lo que les dijera. Parecía no haber nada que pudiera hacer para advertirlos o persuadirlos de que estaba casi seguro de que la comida tenía algo.

Al poco rato, durante la cena, miré con terror cómo mis padres comían la ensalada. Mamá me felicitó por el buen trabajo que había hecho al prepararla. Pero mientras más los miraba comer peor me sentía. Al principio, seguí buscando una razón para explicarles por qué había hecho algo tan terrible. Sin embargo, eventualmente, me resigné a la idea de que había envenenado a mis padres. De lo contrario, pensé, no me sentiría tan preocupado. En ese momento, comencé a odiarme con toda el alma.

Como lo descubrí más tarde, es un razonamiento lógico y común en el TOC. Las personas se dicen a sí mismas que, si el pensamiento no fuera real o estuviera a punto de convertirse en algo real no se sentirían ansiosos. Creen que la ansiedad es un indicador de la probabilidad, pero no lo es. La ansiedad es una alarma, pero falsa.

Desesperación y desconsuelo

La enfermedad socavaba mi capacidad de lograr algo constructivo en mi vida. Tomaba medicamentos e iba a terapia, pero el tratamiento parecía no estar surtiendo mucho efecto. En el transcurso del primer año luego del diagnóstico, había perdido la fe de que las cosas mejorarían. Comencé a buscar soluciones extremas, incluso tuve pensamientos suicidas.

Hablaba de mis sentimientos con el psiquiatra. Me sentía a salvo en su consultorio —solamente en su consultorio— porque creía que él podía controlar mis acciones de alguna manera. Pensaba, por supuesto, que un psiquiatra estaba obligado tanto moral como legalmente a evitar que hiciera algo que causara daño a mi persona o a mis padres, como temía que podía suceder. Se lo conté. Me preguntó si me sentía a salvo viviendo en casa, y aunque fue difícil reconocerlo, le dije que realmente no.

Luego vino la noche de la ensalada “envenenada”. Aterrado por lo que pensé que había hecho, finalmente me levanté corriendo de la mesa gritando y rompí a llorar en el vestíbulo. Aún podía sentir el olor de la cena en el ambiente, pero mi mente estaba ocupada con temas mucho menos reconfortantes. No podía levantarme del piso por nada del mundo y, de repente, rompí en un llanto más fuerte que nunca.

*No había otra salida:
finalmente debía
admitir que estaba
fuera de control.*

En ese mismo instante, mi papá llamó al psiquiatra. Mientras tanto, mi mamá me mantenía cerca de ella, tratando de ayudarme a calmarme y a dominar la histeria. Las lágrimas me bañaban las mejillas y caían a raudales en la alfombra. No había otra salida: finalmente debía admitir que estaba fuera de control.

Me llevó un tiempo sentirme seguro de que al menos podía caminar desde la casa hasta la camioneta. Estaba muerto de miedo y no podía pensar claramente. Una vez en el

auto, salimos al camino y nos dirigimos directamente al consultorio del psiquiatra. Me evaluó allí mismo. Había tocado fondo. Me sentía abatido, y tan sólo quería sentirme a salvo. El psiquiatra asintió, y ambos supimos que habíamos tomado una decisión muy importante y tremenda.

La habitación me daba vueltas y se desdibujaba; comencé a sollozar silenciosamente. Esa fue la rendición, el momento en el que me di cuenta de que la vida se me había vuelto inmanejable y que necesitaba la ayuda de profesionales que me vigilaran de día y de noche. Me acurruqué como una pelota en la silla, con las rodillas metidas entre los brazos y balanceando la cabeza en el respaldo de cuero de la silla. Me concentré en ese olor a cuero, como un auto recién lavado, y me dejé llevar por mis pensamientos.

Cuando volví a la realidad, el psiquiatra estaba hablando por teléfono. Se identificó y ofreció un rápido resumen de mi situación. Luego preguntó por la cantidad de camas disponibles y si habría alguna para mí esa noche. Cuando concluyó el llamado, me miró y me informó que había una cama esperándome en el hospital psiquiátrico.

Interior de la sala de psiquiatría

No fue hasta que se agotó la adrenalina que comprendí verdaderamente hacia dónde me dirigía. No estaba en un estado de agitación o sorpresa. Sólo estaba exhausto. Estaba cansado de obsesionarme, cansado de tener miedo todo el tiempo; en realidad, mi estado era un cansancio general. Sin embargo, cuando me encontré sosteniendo una lapicera en la oficina de internación, sentí todo el peso de lo que había accedido a hacer.

Mi papá, siempre prudente, estudió minuciosamente la pila de papeles. Hizo una mueca por lo que pude ver que había encontrado algo que no lo convencía. Mientras él y la señora a cargo de la hospitalización hablaban, me quedé mirando al vacío por unos momentos, preguntándome qué hacía allí. Luego comencé a pasear la mirada por la habitación para encontrar algo para contar. Se me cerró el estómago como si fuera una pelota y sentí un deseo sobrecogedor de tomar un poco de aire fresco y de tener una cama suave donde recostarme.

Después de completar los papeles y firmar sobre la línea de puntos, descubrí cómo era realmente un hospital psiquiátrico. Una vez que entré, se cerraron las puertas detrás de mí con llave y tarjeta de acceso. Estaba encerrado. Luego me pidieron que revisara todas mis pertenencias. No había llevado mucho, pero las pocas cosas que tenía fueron a parar a una pequeña bolsa con mi nombre. Una vez que demostrara ser lo suficientemente responsable, me permitirían mirar lo que había en la bolsa e incluso sacar algo. Pero, por el momento, la bolsa se guardó en la estación de enfermería.

Luego se llevaron los cordones. Aunque parezca extraño, esto fue lo primero que me molestó. Viéndolo ahora, me parece irónico, ya que ponerme y sacarme las botas me daba muchos problemas debido a mis obsesiones y compulsiones. Sin embargo, estaba consciente de que el hecho de que me confiscaran los cordones era algo muy serio. Significaba que el personal del hospital no confiaba en mí. Me di cuenta de ello porque había firmado un documento de exención de responsabilidad admitiendo que no confiaba en mí mismo.

Después de eso, me dieron una pastilla de jabón, una toallita y una toalla. Además, me ofrecieron una maquinilla de afeitar, lo que me pareció divertido por dos motivos. Primero, no tenía demasiado vello facial así que afeitarme no era una actividad muy productiva. Segundo, me parecía ridículo que me quitaran los cordones pero que me dieran una hoja de afeitar.

La ducha que vino a continuación fue muy extraña. Un celador debía quedarse dentro del pequeño baño conmigo, supervisando mi higiene. No es de sorprender que al principio me sintiera avergonzado. Pero luego entendí que estaba haciendo algo perfectamente normal, sólo dándome una ducha común y corriente. Era él el que se encontraba en la posición incómoda de tener que supervisar. Ver la situación de esa manera me ayudó muchísimo, e incluso me las arreglé para conversar de cosas sin importancia con el celador.

Una vez instalado en el hospital, mis días allí se caracterizaron por el régimen y la rutina. Me daban los medicamentos a la mañana, al mediodía y a la noche en pequeños vasos de papel. Me daban varias píldoras que tragaba con agua tibia. Luego tenía que sacar la lengua afuera para mostrar que realmente las había tragado. Después era hora de irme a la habitación o a las zonas comunes, arrastrando los pies. Todas esas zonas, según noté de inmediato, estaban alarmantemente contaminadas.

En el momento de la hospitalización, había muy pocos programas hospitalarios orientados específicamente al tratamiento del TOC. Como consecuencia, me agruparon con los otros pacientes psiquiátricos y me trataron de la misma manera. Brindaré más detalles sobre los beneficios de los programas específicos para tratar al TOC en la sección “Panorama general” que sigue a continuación. Basta con decir que mi estadía en el hospital no fue óptima de acuerdo

... los mejores programas en la actualidad ofrecen un tipo de psicoterapia que ha sido diseñada especialmente para ayudar a las personas que padecen el TOC para que puedan superar las obsesiones y compulsiones.

con los estándares actuales. Además de la terapia con fármacos, los mejores programas en la actualidad ofrecen un tipo de psicoterapia que ha sido diseñada especialmente para ayudar a las personas que padecen el TOC para que puedan superar las obsesiones y compulsiones. Puede parecerle extraño, pero a veces siento un poco de celos por las mejores opciones que existen en la actualidad.

Sin embargo, no puedo prometerte que la comida será mejor. Una cosa que todos los hospitales psiquiátricos parecen tener en común es el postre de gelatina. Incluso si no te gustan ahora, si alguna vez te hospitalizan, es muy probable que comiencen a gustarte los postres movedizos para cuando te den el alta.

Panorama general

Tengo que hacer un esfuerzo para recordar los meses que siguieron al diagnóstico que culminaron en la hospitalización. Fueron momentos tumultuosos. Han pasado doce años de esas experiencias, pero los recuerdos aún duelen. Sé, sin embargo, que tengo que ahondar profundamente y hacer las paces con el pasado. Lo hago por mí, pero también lo

hago por aquellos de ustedes que se sienten enojados, tristes y atemorizados. Si compartir mis experiencias te ayuda a sobrellevar las tuyas, entonces algo bueno salió de mi dolor. Eso me sanará y me hará más fuerte. Espero que mi fuerza, a la vez, te ayude.

Con el tiempo, salí de mi enojo y depresión, y encontré la aceptación. Aceptar el hecho de padecer el TOC te da mucha tranquilidad. Sin embargo, cuando me refiero a aceptación, no quiero decir autocomplacencia. Bajo ninguna circunstancia te instaría simplemente a “tolerarlo” y a resignarte a vivir con las obsesiones y compulsiones. Al contrario, estoy aquí para alentarte a que tomes el control de tu futuro. Pero para poder hacerlo, primero necesitas identificar y aceptar lo que está mal.

¿Cuáles son las señales de alerta?

¿Tienes la sospecha de que puedes padecer el TOC? No existen dos personas que experimenten el trastorno exactamente de la misma manera. Sin embargo, estas son algunas de las señales de alerta comunes:

- tener pensamientos angustiantes que vuelven constantemente aunque intentes reprimirlos;
- preocuparse de manera inusual sobre la suciedad o el pecado;
- lavarse las manos, ducharse o higienizarse de manera excesiva;
- temer a la contaminación por dar la mano o tocar objetos cotidianos;
- hacer las cosas una y otra vez por una determinada cantidad de veces;
- preocuparse excesivamente por detalles sin importancia;
- comprobar reiteradamente que las puertas estén cerradas o que la cocina esté apagada;
- tocar objetos en una secuencia particular y reiterada;
- ser muy rígido con la manera en la que los objetos están dispuestos;
- angustiarse cuando los objetos no están alineados u orientados correctamente;
- acumular o guardar una cantidad excesiva de trastos; o
- sentir que la vida diaria se ha convertido en una gran lucha.

En algún punto, los adolescentes y adultos que padecen el TOC se dan cuenta de que los pensamientos intrusos y las conductas repetitivas están fuera de control. Sin embargo, son incapaces de detener o ignorar por mucho tiempo los pensamientos y comportamientos. Pronto las obsesiones y compulsiones comienzan a causar serios problemas, a menudo en varios ámbitos de la vida. Como resultado, el TOC lleva a una o más de las siguientes reacciones:

- angustia emocional;
- obsesiones y compulsiones que ocupan mucho tiempo, más de una hora diaria;

- interferencia con las actividades habituales o relaciones; o
- reducción de la capacidad de progresar en la escuela o el trabajo

PENSAMIENTOS SUICIDAS

Es muy difícil vivir todo el tiempo con pensamientos o imágenes perturbadoras. La dificultad empeora cuando no comprendes qué es lo que causa el problema. Si no te das cuenta de que los pensamientos angustiantes son el resultado de una enfermedad que puede tratarse, puedes llegar a sentirte como si nunca pudieras escapar de ellos.

Ante semejante presión, algunas personas pueden tener pensamientos o impulsos suicidas. Sorprendentemente, se han realizado muy pocas investigaciones sobre la relación entre el TOC y el suicidio. Sin embargo, en un estudio de tres años de duración, realizado a nivel nacional con adultos de los Países Bajos, se descubrió que padecer un trastorno de ansiedad, como el TOC, incrementa el riesgo de tener pensamientos suicidas o intentos de suicidio. El aumento tampoco se atribuía solamente a otros trastornos mentales que suelen ocurrir junto con la ansiedad. Por ejemplo, las personas que padecían trastorno de ansiedad y del estado de ánimo, como la depresión, eran más propensas a intentar suicidarse que los que tenían solamente un trastorno del estado de ánimo.

Aunque los pensamientos y sentimientos suicidas continuos no son inusuales, *son* una señal de alerta grave que siempre debe tomarse con seriedad. Si estás pensando en el suicidio o si sientes un impulso de dañarte, *debes buscar ayuda de inmediato*. Diles a tus padres o a algún otro adulto en quien confíes cómo te sientes. Habla con un médico, terapeuta o consejero escolar. También puedes llamar a alguna línea directa para la prevención del suicidio (ver el cuadro de la página contigua) y solicitar información sobre recursos que se encuentren en tu comunidad.

Cuando toqué fondo, estaba convencido de que mi situación era irremediable. Estaba equivocado.

Si no se lo trata adecuadamente, el TOC puede hacer que la vida se torne solitaria y deprimente. En ocasiones, puedes preguntarte si vale la pena vivir. En relación a esto, puedo asegurarte un par de cosas. Primero, que está bien que te sientas así. Demuestra que tienes sentimientos que son frágiles y genuinos como los de cualquier otra persona. Segundo, sin importar el dolor que puedas estar sintiendo hoy, la vida puede mejorar, y lo hará. Cuando toqué fondo, estaba convencido de que mi situación era irremediable. Estaba equivocado. Recuerda que te digo esto desde la perspectiva de una persona que ha salido de la oscuridad. Es posible que al principio tengas que aferrarte a la fe, pero también te esperan días de sol en el futuro.

¿Dónde puedo buscar ayuda?

Sólo porque tengas algunos hábitos extravagantes o te comportes como un “fanático de la limpieza”, eso no significa que padezcas el TOC. Pero si notas varias de estas señales de alerta en ti mismo, y si estos pensamientos y conductas hacen que tu vida sea mucho menos placentera y satisfactoria, puede que sea el momento de buscar ayuda.

Tus padres suelen ser los más grandes aliados para encontrar un profesional de

salud mental, quien puede diagnosticar y tratar el problema. Solo recuerda que, si bien algunos rituales compulsivos son más obvios que otros, los pensamientos obsesivos subyacentes no lo son. Para que puedan ayudarte, tus padres necesitan saber por lo que estás pasando, entonces debes comenzar una conversación sincera con ellos sobre lo que te está molestando.

Si tienes mucha, pero mucha suerte, tus padres lo entenderán enseguida y sabrán qué hacer. Si no sucede así, sin embargo, no te ofendas. Puede ser difícil para los padres aceptar que su hijo está enfermo. Además, es probable que no sepan mucho sobre el TOC en particular o sobre las enfermedades mentales en general. Una manera de poner las cosas en marcha es compartir este libro con tus padres. También puedes señalarles los otros recursos incluidos al final del libro.

Dónde pedir ayuda

Si estás pensando en el suicidio, estas líneas directas nacionales, a las que puedes llamar las 24 horas del día, pueden brindarte ayuda inmediata:

- National Hopeline Network: 1-800-SUICIDE (784-2433)
- National Suicide Prevention Lifeline: 1-800-273-TALK (8255)

Además de tus padres, puedes pedirle al médico de cabecera o al consejero escolar que te ayuden a buscar atención de salud mental. Otras posibles fuentes de derivación pueden ser algún profesor en quien confíes, la enfermera de la escuela o un consejero religioso. También puedes llamar al centro de salud mental, al hospital o a la facultad de medicina local. Si uno de tus padres cuenta con un programa de asistencia para empleados (Employee Assistance Program, EAP por sus siglas en inglés) por su trabajo, ese es otro buen punto de partida. Además, el gobierno federal ofrece un buscador de servicios de salud mental en Internet en www.mentalhealth.samhsa.gov/databases.

PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

El diagnóstico y tratamiento del TOC puede realizarse por medio de profesionales de distintas áreas. Cada área exige requisitos de capacitación y matriculación específicos, que pueden variar de un estado al otro. A continuación, incluyo un breve resumen de los distintos tipos de profesionales de atención médica y salud mental con los que puedes encontrarte:

- *Psiquiatras* (M.D., D.O.): médicos que se especializan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y problemas emocionales. Aunque algunos psiquiatras brindan terapia, muchos de ellos se centran especialmente en recetar y controlar la medicación, y a menudo trabajan en conjunto con terapeutas de otras

áreas.

- *Otros médicos* (M.D., D.O.): también pueden recetar medicamentos para tratar el TOC. Sin embargo, no están especializados en atención de salud mental.
- *Psicólogos* (Ph.D., Psy.D., Ed.D.): son profesionales especializados en salud mental que evalúan y tratan los trastornos mentales y emocionales. El tratamiento suele consistir en terapias u otras técnicas psicológicas. Unos pocos estados permiten que los psicólogos que cuentan con una capacitación especial receten medicamentos.
- *Trabajadores sociales clínicos* (M.S.W., D.S.W., Ph.D.): son profesionales especializados en salud mental que están capacitados no solamente en terapia sino también en la defensa del paciente. Algunos brindan asesoramiento para obtener ayuda por parte de organismos gubernamentales.
- *Enfermeros psiquiátricos* (A.P.R.N.): son enfermeros matriculados de capacitación avanzada especializados en atención de salud mental. Además de brindar terapia, en muchos estados, pueden recetar medicamentos.
- *Consejeros de salud mental* (M.A., M.S., M.Ed., Ph.D., Ed.D.): son profesionales que brindan terapia y otros servicios de salud mental. Por lo general, combinan la terapia tradicional con técnicas prácticas de resolución de problemas.

¿Cómo se llega al diagnóstico del TOC?

El primer paso para liberarte del TOC es recibir un diagnóstico preciso. Un profesional de salud mental te realizará preguntas sobre las obsesiones, las compulsiones y el bienestar general. A menudo, las preguntas son presentadas a modo de entrevista estructurada, en la que las preguntas que se formulan y el orden en el que son presentadas están predeterminados. El objetivo es explorar la naturaleza de los síntomas, su gravedad y el tiempo de duración. Dicha información será luego comparada con los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR*, (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado) de la American Psychiatric Association. Los profesionales de salud mental de muchas áreas utilizan este manual para diagnosticar los trastornos mentales. Además de la entrevista verbal, se te puede solicitar que completes un cuestionario en papel.

El primer paso para liberarte del TOC es recibir un diagnóstico preciso.

Es posible que el profesional de salud mental les pida información a tus padres con el fin de conocer más sobre tu conducta en el hogar y sobre tu desarrollo mental, físico y emocional durante el crecimiento. Es probable que el profesional también solicite permiso para dialogar con tus profesores para informarse de qué manera los síntomas te afectan en la escuela.

Parece bastante sencillo. Sin embargo, en la realidad, el proceso se complica por el hecho de que otros trastornos pueden asemejarse al TOC. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizado es otro tipo de trastorno que conduce a una preocupación excesiva

sobre muchas cosas. La diferencia es que la inquietud es sobre circunstancias reales. A diferencia de ello, las obsesiones del TOC suelen tener muy poco fundamento en la realidad. Sin embargo, es una diferencia sutil que puede ser muy difícil de identificar. Allí es donde entran en juego la capacitación y la experiencia profesional.

¿Qué tipos de tratamiento realmente surten efecto?

La psicoterapia, o “terapia conversacional”, es la base del tratamiento para el TOC. Pero el tipo de psicoterapia con la que las personas están más familiarizadas —el tipo que se centra en conocer experiencias pasadas y conflictos emocionales actuales— ha probado no ser del todo útil. Por otra parte, existe un vasto y cada vez mayor cuerpo de evidencia que demuestra que otro tipo de psicoterapia llamada terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ser muy eficaz. En la TCC, el enfoque está en aprender a identificar y cambiar patrones de pensamientos autodestructivos y conductas inadaptadas.

Un tipo particular de TCC llamada exposición y prevención de la respuesta (exposure and response prevention, EX/RP por sus siglas en inglés) ha demostrado ser realmente útil a la hora de tratar el TOC. La parte de la “exposición” implica hacer que las personas enfrenten las situaciones que las conducen a la obsesión. Esto suele hacerse de manera jerárquica, en otras palabras, pasando gradualmente de situaciones que causan una angustia leve a aquellas que causan una angustia más grave. La persona que padece el TOC y el terapeuta trabajan juntos para acordar la jerarquía de la exposición y para asegurarse de que el tratamiento no sea demasiado intenso, ni tan apresurado.

Este enfrentamiento puede ocurrir tanto en escenarios de la vida real como en la imaginación. La parte de la “prevención de la respuesta” significa abstenerse voluntariamente de utilizar compulsiones para reducir la angustia durante y después de los encuentros. Cuando las personas enfrentan los temores de manera reiterada sin recurrir a las compulsiones, la ansiedad disminuye con el tiempo.

Muchas personas que padecen el TOC también se benefician con medicamentos. De hecho, la combinación de la TCC y los medicamentos puede ser más efectiva que cualquiera de los dos tratamientos por sí solos. Los medicamentos utilizados para tratar el TOC son clasificados como antidepresivos, en otras palabras, medicamentos utilizados para prevenir o aliviar la depresión. Sin embargo, también son muy recetados para tratar los trastornos de ansiedad.

Los IRSS son antidepresivos que aumentan la cantidad de serotonina en el cerebro. Vastos y controlados estudios han demostrado que muchos IRSS son eficaces a la hora de tratar el TOC en niños, adolescentes y adultos. Un tipo más antiguo de antidepresivos es la clomipramina (Anafranil), que también ha demostrado ser de utilidad. Al igual que los IRSS, afecta la concentración y la actividad de la serotonina en el cerebro.

Las diversas personas responden de diferente manera a la terapia y a la medicación, por lo que las necesidades del tratamiento deben ser personalizadas. Por ejemplo, si la TCC por sí sola no brinda suficiente alivio, el proveedor del tratamiento puede cambiar a una TCC más intensiva o agregar un IRSS. Si la combinación de la TCC intensiva y un IRSS no es suficiente, el proveedor puede cambiar la medicación o agregar otro medicamento. Para obtener más información sobre las diversas opciones de tratamiento, consulta el capítulo 4.

Preguntas que puedes hacer

Aquí hay algunas preguntas que puedes hacer para elegir un terapeuta:

- ¿Qué títulos académicos y matrículas posee?
- ¿Cuántos de sus pacientes padecen el TOC?
- ¿Cuántos de sus pacientes son adolescentes o adultos jóvenes?
- ¿Se considera usted un especialista en el TOC y/o trastornos de ansiedad?
- ¿Se considera un terapeuta cognitivo-conductual?
- ¿Cuánta experiencia posee con la EX/RP?
- ¿Usted o algún miembro del personal realizará visitas domiciliarias para las exposiciones en caso de ser necesario?
- ¿Puede recetar medicamentos? En caso contrario, ¿estaría dispuesto a trabajar con alguien que pueda hacerlo en caso de que fuera necesario que tome medicamentos?
- ¿Qué frecuencia tendrán las sesiones, y cuánto durarán?
- ¿Cuántas sesiones piensa que se necesitarán?
- ¿Participa a los familiares en la terapia?
- ¿Cuáles son los honorarios y qué métodos de pago acepta? ¿Ofrece honorarios reducidos para familias que tienen recursos económicos limitados?
- ¿Qué tipos de planes de seguro acepta?
- ¿Dónde está situado el consultorio y cuál es el horario de atención?

¿Cuándo resulta útil la hospitalización?

La gran mayoría de las veces, el tratamiento del TOC se brinda en régimen ambulatorio. En otras palabras, vives en tu casa, vas a la escuela o participas en otras actividades como de costumbre. Sin embargo, en ocasiones vas a un consultorio o clínica para ver al médico o terapeuta. La frecuencia de las visitas puede variar desde varias veces a la semana hasta una vez al mes o menos, según el progreso que logres.

Sin embargo, en ocasiones, una corta hospitalización puede ser la mejor manera, y la más rápida, de controlar los síntomas graves.

Sin embargo, en ocasiones, una corta hospitalización puede ser la mejor manera, y la más rápida, de controlar los síntomas graves. La hospitalización supone el tratamiento

de los pacientes en un establecimiento que brinda atención intensiva y especializada, además de un control riguroso durante todo el día. Este es el nivel de atención de salud mental más costoso y restrictivo y, por consiguiente, el que se reserva para los casos de más riesgo o gravedad. Si padeces el TOC, hay una muy alta probabilidad de que la hospitalización nunca sea un problema. Pero cuando necesites realmente cuidado y atención adicionales, puede llegar a ser invalorable.

Las decisiones sobre la hospitalización se toman según cada caso en particular. Sin embargo, a modo de ejemplo, la hospitalización puede recomendarse en los siguientes casos:

- Estás lidiando con impulsos suicidas o agresivos.
- Estás desnutrido debido a graves obsesiones con la contaminación por los alimentos.
- Necesitas que se controle la medicación de cerca por un tiempo.
- No has progresado con el tratamiento ambulatorio.

Una desventaja es que hay muy pocos programas hospitalarios que hayan sido diseñados específicamente para tratar el TOC en adolescentes. La mayoría de las unidades diseñadas para tratamientos psiquiátricos no ofrecen la terapia EX/RP que un adolescente que padece el TOC necesita. Por consiguiente, pueden proporcionar muy poca ayuda para hacer frente a las cosas que pueden desencadenar las obsesiones después de que al adolescente se le da el alta. Además, los programas tradicionales de un hospital suelen centrarse en la estricta observancia de las reglas y horarios, lo que puede ser prácticamente imposible de seguir para alguien que se encuentra en las garras de un TOC grave. No cumplir con las expectativas puede conducir a padecer más ansiedad, no menos. También puede aumentar las inquietudes de ser “malo” o de estar “loco”.

Por otra parte, los programas específicos de los hospitales para tratar el TOC proveen un tratamiento intensivo que incluye la EX/RP y medicamentos. Cuando nada más parece funcionar, pueden proporcionar mejoría en un breve periodo, y los resultados suelen ser de larga duración. Si tu médico te recomienda la hospitalización, pregúntale si el programa ha sido diseñado específicamente para tratar el TOC. Por supuesto, aunque ese tipo de programa no estuviera disponible en tu área, una corta hospitalización puede garantizarte que te mantengas a salvo y bien. Pero si tienes la opción, es mejor que elijas un programa de tratamiento específico para el TOC.

¿Qué es lo mínimo que debo saber?

La duda incesante es una parte integral del TOC. De hecho, en el siglo XIX, los franceses utilizaban la expresión *folie du doute* (enfermedad de la duda) para denominar al trastorno. Todos nos preocupamos de vez en cuando por si la puerta está cerrada o si es seguro comer los alimentos. Pero cuando padeces el TOC, la duda nunca desaparece por mucho tiempo. Te quedas con una acuciante sensación de inquietud y ansiedad, y terminas pasando cada vez más tiempo tratando de aliviar dichas sensaciones. Sin embargo, por más que trates, la duda siempre regresa porque nada es lo suficientemente seguro o limpio, jamás.

No es una manera divertida de vivir. Sin embargo, al reconocer que tienes un problema, ya has comenzado el proceso de encontrar la solución. Un profesional de salud mental puede ayudarte a determinar si el culpable de lo que sientes es el TOC. Si es así, el tratamiento adecuado con terapia, medicamentos o ambos pueden ayudarte a liberarte de los pensamientos obsesivos y los rituales que ocupan mucho tiempo. Aunque raramente es necesaria, la hospitalización es otra opción en caso de que la situación alcance un punto crítico.

Lo dudo

En quinto grado, me obligaban a escribir solamente con lapicera —mientras más indeleble, mejor. Las tareas escolares que entregué ese año estaban llenas de tachones y correcciones. Esa fue la primera vez que me di cuenta de la cantidad de tiempo que pasaba cuestionando las cosas y dudando. Una duda persistente y constante, impaciente e incesante. Era como el dolor punzante que se siente cuando te cortas un dedo. El dolor persiste en segundo plano, pero estás especialmente consciente de él en algunos momentos inoportunos. Al escribir estos párrafos, me doy cuenta de que estoy contando las palabras para asegurarme de que la suma equivalga a un “buen” número. Ese es el feo dolor del TOC, la punzada de la incertidumbre constante. Está presente, pero es sólo un ruido en el ambiente hasta que una palabra, una oración o un pensamiento al azar cruza desde el subconsciente hasta la conciencia, dándose a conocer. He aprendido a reconocer estas punzadas recurrentes de duda por lo que son, concretamente, insoportables, pero son dolores que he aprendido a controlar.

Por supuesto, cuando tienes la enfermedad de la duda, es natural dudar si el tratamiento puede realmente marcar la diferencia. Es así, aunque es posible que no notes una diferencia abismal de la noche a la mañana. Nuestra sociedad, que se rige por el concepto de que obtienes lo que te propones al instante, nos suele llevar a esperar la gratificación inmediata. Desafortunadamente, el tratamiento no siempre funciona de esa manera. Como un joven a quien le habían diagnosticado el TOC, luché contra esa realidad. Como adulto joven que ha vuelto a tomar las riendas de su vida, sin embargo, puedo decirte que el tiempo y el esfuerzo que inviertes en la recuperación se te devolverán con creces.

Aventuras de la vida cotidiana: el TOC en el hogar y en la escuela

Mi historia

Los vestuarios están llenos de enfermedades o, al menos, así parece. Por lo tanto, no es de sorprender que una de las primeras veces que el TOC se manifestó en la escuela fue en un vestuario. A mis compañeros parecía gustarles. Corrían por la habitación, rociándose con botellas de colonia unos a otros, contándose chistes de mal gusto y lanzándose ropa sucia como si se tratara de una pelea con copos de algodón. Sin embargo, yo odiaba esa habitación. El olor que se desprendía de los pies, el sudor y el cuerpo me producía náuseas.

A veces, el equipo de fútbol traía una buena parte del campo de juego en sus botines, y el olor frío y húmedo de la tierra se mezclaba con los olores nauseabundos. Solía bajar la mirada y pensar en la cantidad de personas que habían caminado por ese piso sucio. Por más que el portero lo limpiara mucho, me provocaba ansiedad. Para protegerme, solía usar botas, que se convirtieron en el blindaje de los pies.

En la escuela a la que asistí durante los tres primeros años de la escuela secundaria, las clases de gimnasia eran obligatorias. A cada estudiante se le asignaba un armario con una cerradura de combinación. El primer día de clases de gimnasia, te daban la combinación en un papel —como encuentras tu suerte dentro de una galleta china— pegado con cinta adhesiva a la cerradura.

Desgraciadamente, la combinación estaba compuesta por tres números arbitrarios y no se basaba en ningún sistema numérico de mi cabeza. Tenía que girar la perilla hacia adelante y hacia atrás siguiendo un patrón predeterminado, y no el que me sentía obligado a seguir. Si giraba demasiado la perilla de manera compulsiva, las gachetas de la cerradura no se alineaban y, por lo tanto, no se abría. Para colmo, incluso en los momentos en los que no se me cruzaban las compulsiones, me resultaba muy difícil darme cuenta en qué dirección debía girar la perilla. Luego supe que eso estaba relacionado con una incapacidad matemática. Creo que todos mis compañeros aprendieron la combinación de mi armario en un mes ya que tenía que pedirles ayuda con la cerradura con demasiada frecuencia.

No me sentía cómodo cuando me cambiaba para la clase de gimnasia. La idea de ponerme una camiseta sucia y los pantalones cortos de gimnasia me daba repulsión. Además, el hecho de que mis compañeros me miraran mientras me cambiaba me obsesionaba por lo que pudieran pensar de mí, y sentía terror de exponer el cuerpo ya que podría contraer algún agente patógeno transmitido por aire y enfermarme terriblemente. Por todos esos motivos, esperaba para cambiarme hasta que los otros

... el hecho de que mis compañeros me miraran mientras me cambiaba me obsesionaba por lo que pudieran pensar de mí.

salieran del vestuario para arrojarse pelotas de básquetbol a sus cabezas.

También debía vestirme según reglas muy específicas. Si me ponía las medias antes de los pantalones cortos —lo que solía hacer, dado que el piso sucio me repugnaba— luego tenía que quitarme toda la ropa y comenzar con el proceso nuevamente. Además está decir que casi siempre llegaba tarde a la clase de gimnasia.

Colapso en el vestuario

Un día, las cosas llegaron demasiado lejos, incluso para los estándares del TOC, lo que ya es mucho decir. Estaba llegando más tarde que de costumbre, y mis compañeros ya se habían escabullido rápidamente por las puertas dobles del vestuario. Comencé a ponerme la ropa de gimnasia pero, en algún punto, la ansiedad que daba vueltas en el cerebro tomó el control y perdí la noción de todo lo demás. Cuando finalmente reaccioné, me di cuenta —en medio de sentimientos de confusión y angustia— que sólo tenía puesto las medias y los zapatos. Parado allí, prácticamente desnudo en el medio del piso, sentí pánico.

Me aterrorizaba la idea de que mis compañeros regresaran a cambiarse con la ropa habitual y me encontraran semidesnudo. Aun así, tuve que luchar contra el cerebro durante varios minutos para ponerme una cantidad de ropa mínimamente decente. Finalmente, me desplomé en el piso y comencé a llorar. Incapaz de liberar la mente de las obsesiones, me sentí mentalmente atascado y físicamente adherido al suelo. A menos que alguien me asegurara que podía seguir cambiándome sin problemas, no me movería de ese lugar. Necesitaba que una persona con autoridad me tranquilizara diciéndome que no sucedería una catástrofe, y que si ocurría, tendría poco o nada que ver con la manera en la que me vestía.

Eventualmente, comencé a gritar para ver si alguien —en ese momento ya no importaba quién— me escuchaba y venía a liberarme de mi prisión personal. Mi voz se puso ronca de tanto gritar. Sollozaba en el piso sucio y me preguntaba si estaba condenado a permanecer en ese lugar repugnante hasta morir de inanición o contraer una enfermedad fatal por la suciedad.

En ese momento, el entrenador casualmente fue hasta su oficina y me escuchó gritar. Entró al vestuario, preocupado y confundido. Aunque no sabía mucho del TOC, el entrenador, como el resto del cuerpo docente, se había dado cuenta de que algo no andaba bien en mi cabeza, que me asustaba sin razón aparente y que solía necesitar de la ayuda de los adultos, me gustase o no.

Viéndolo ahora, creo que el entrenador debe haber contemplado las reglas sobre el contacto con los estudiantes, ya que era bastante obvio que lo que yo realmente necesitaba era un abrazo. Al final, sopesó el riesgo y decidió ignorar las reglas. Se acercó, se arrodilló a mi lado y me enjugó las lágrimas hasta que miré hacia arriba con sollozos ahogados. Luego me preguntó qué me había pasado. Para ser honesto, no lo sabía realmente, y eso fue lo que le dije.

Cumplimiento de órdenes

Mirándolo ahora, me pregunto qué imagen debo haber dado. Estaba llorando en el piso mugriento de un vestuario, desorientado y ansioso. Al ignorar cómo había llegado al punto

de estar inmóvil, aún cumplía las órdenes de mi cabeza que me decían que no me moviera hasta que alguien me dijera qué hacer.

Seguí llorando por largo rato. Otro estudiante —un amigo de buen corazón a quien le preocupaba mi estado y quería ayudarme— entró al vestuario. Irónicamente, creo que trataba de escaparse de las vueltas adicionales que debía dar alrededor del gimnasio por insubordinación. Afortunadamente para él, los buenos samaritanos son más solicitados que las lecciones de disciplina. El entrenador le pidió a mi amigo que se comunicara con los otros profesores de gimnasia y que les dijera que el vestuario de los varones estaba momentáneamente cerrado y que los alumnos de gimnasia estaban excusados de otras clases hasta que pudieran cambiarse.

El entrenador se sentó a mi lado y me dio indicaciones para que me cambiara. Me aseguró que nada malo me ocurriría a mí ni a nadie más si abría el armario y terminaba de vestirme. Cuando finalmente lo hice, sentí una oleada de fatiga por todo mi cuerpo. Esforzarse tanto así por cualquier cosa es extremadamente agotador. Me desplomé contra el entrenador y comencé a llorar. Me preguntó qué más podía hacer para ayudarme y le agradecí a Dios por este hombre que había pasado por allí de manera providencial y me había ayudado a superar los efectos inmovilizadores de la ansiedad.

Finalmente estuve listo para irme. Sin ser visto por los otros estudiantes, salí del vestuario y me dirigí a la oficina del consejero, en donde podría recobrar el aliento y orientarme. Abrieron nuevamente el vestuario después de que me fui. Mis compañeros se cambiaron con la ropa habitual sin saber lo cerca que habían estado de presenciar uno de mis momentos menos estelares. Esa era la parte más aterradora de la enfermedad para mí. El TOC era impredecible, absurdo y embarazoso. Surgía en los lugares más inoportunos, aunque puedo decir sin temor a equivocarme que no existe realmente un lugar oportuno para un episodio del TOC.

Vuelta sobre los pasos

Tenía plena conciencia de la manera en la que estaba diseñada la escuela a la que asistía y, más específicamente, de todos los caminos que debía seguir para desplazarme por los pasillos. Al comienzo de cada día, sabía exactamente qué camino tomaría y cuán lejos debía desplazarme. Todo eso era posible porque había contado los pasos. Sabía exactamente cuántos necesitaba para ir de un punto al otro, y estaban clasificados por pisos, grados y materias. Si no lograba dar la cantidad correcta de pasos de una entrada hasta la siguiente, se me arruinaba todo el plan y tenía que comenzar otra vez. Como consecuencia, pasaba mucho más tiempo del que me hubiera gustado caminando por los pasillos tratando de dar con los pasos perfectos. Después del primer mes más o menos, dejé de prestarle atención a las miradas de desconcierto de los otros estudiantes.

Debía atravesar las entradas de manera perfecta. Era absolutamente imprescindible que el pie correcto pasara primero, lo cual era más difícil de lo que parece, y si el pie incorrecto estaba listo para cruzar el umbral, tenía que arrastrar un poco los pies para que los pasos salieran bien.

Cada tarde, repasaba mentalmente todos los recorridos e ideaba un camino para terminar el día de la manera correcta. En ocasiones, aunque por fortuna no muy a menudo, el camino me llevaba hacia afuera, donde estaban los columpios o las estructuras de barras

para juegos infantiles, luego al campo de atletismo hasta llegar a alguna de las entradas más oscuras del edificio escolar.

Tales pensamientos me preocupaban incluso cuando estaba sentado en el aula. A menudo, durante las clases, optimizaba la ruta de escape. Cuando el timbre sonaba finalmente, estaba exhausto por el esfuerzo que había hecho para revisar las innumerables alternativas que tenía para dar con la mejor. Sin embargo, sin importar cuán minuciosamente siguiera el camino elegido, jamás me sentía satisfecho, ya que las reglas que regían la caminata compulsiva se volvían cada vez más exigentes.

... jamás me sentía satisfecho, ya que las reglas que regían la caminata compulsiva se volvían cada vez más exigentes.

Al igual que la mayoría de los estudiantes, cuanto menos me gustaba una clase, más problema tenía para concentrarme, lo que me dejaba la mente libre para inventar obsesiones que provocaban una extrema ansiedad y compulsiones complicadas. En particular, solía rumiar sobre enfermedades y todas las responsabilidades ridículas de que debía proteger a las demás personas. Me daba cuenta de que esas “responsabilidades” eran producto de una mente que padece el TOC, no súper poderes, pero aún así dominaban mis pensamientos.

La peor de todas era la clase de matemáticas. Al salir, era posible que sintiera la necesidad de caminar solamente por las grietas del suelo de linóleo un día y, al siguiente, solamente por las baldosas. Cuando intenté entender por qué hacía lo que hacía, terminé obsesionándome con la obsesión. Y así siguieron las cosas. Mientras más me resistía, más empeoraba todo. Mientras más cedía, más empeoraba todo. Mi mente estaba atrapada en una situación en la que sólo había perdedores.

Escrupulosa atención

Ante todo, me criaron judío. Cuando era pequeño, disfrutaba de ir al templo. La idea de un Dios cariñoso sonriendo a la humanidad me hacía sentir seguro y menos solo. Sin embargo, cuando me diagnosticaron el TOC, ya no estaba tan seguro. Me preguntaba por qué Dios había permitido que esto me sucediera. Seguro que había hecho algo mal pero ¿qué? En lo que a mí concernía, había sido un buen muchacho. Hacía todo lo que estaba a mi alcance para no meterme en problemas. Era listo y simpático, y trataba de hacer a los demás felices. En mi opinión, era como si toda esta terrible experiencia le hubiera ocurrido a la persona equivocada, lo que me enojaba bastante.

De esa época, recuerdo especialmente una fiesta religiosa en particular. Yom Kippur, el día judío del arrepentimiento, se considera uno de los días más sagrados del año. Se supone que es un día de expiación y reconciliación pero, para mí, era simplemente una agonía.

Sentado en una silla plegable traída de un depósito por la gran cantidad de asistentes a Yom Kippur, escuchaba el relato del rabino sobre las atrocidades cometidas contra los israelitas por los faraones, los romanos y, los peores de todos, los nazis. El objetivo era resaltar la idea de cuánto se puede desviar el hombre de lo que es correcto y justo. Para evitar tal desvío en uno mismo, todas las acciones deben estar precedidas de reflexiones y benevolencia para con la humanidad. Sin embargo, al padecer el TOC,

muchas de mis acciones estaban precedidas de horas o incluso días de reflexión y escrutinio. Mi trabajo era salvar al mundo todos los días, y el recordatorio adicional de Yom Kippur sólo logró acentuar la presión sobrecogedora.

Un pasaje de las lecturas siempre atraía mi atención. Se refería al Libro de la Vida, en el que Dios registra los nombres y las vidas de los justos. Los nombres de los que no lo son se borran. Estaba seguro que ese sería mi destino. Sin importar el hecho de que tratara de ser una buena persona, estaba seguro de que había enojado a Dios y de que me castigaría por ello. La lectura de ese pasaje en particular siempre hacía que mi estómago quisiera jugar a “mostrar y compartir” con aquellos que se encontraban sentados a mi lado.

Estos pensamientos de culpa —creer que Dios estaba enojado conmigo y que jamás gozaría de su gracia— era producto de la escrupulosidad. En este tipo de TOC, los pensamientos obsesivos de ofender a Dios o de ser pecaminoso a menudo llevan a rezar tanto que se convierte en algo enfermizo. Yo era un excelente ejemplo.

Nadie en la sinagoga rezaba tanto como yo. Puedo decir esto con absoluta confianza ya que solía rezar durante todo el servicio mientras simultáneamente escuchaba el sermón y, ocasionalmente, hacía rápidas caminatas afuera para recobrar el aliento cada vez que me sentía muy ansioso o mareado. Aún así, me preocupaba que el sólo hecho de abandonar el servicio fuera razón suficiente para enojar a Dios.

Perdón por todo

Todos mis rezos eran disculpas. Me disculpaba no solamente por cosas que había hecho sino por mis pensamientos impuros y por las imágenes violentas que se cruzaban en la mente. Me disculpaba por no ser leal al judaísmo en todo momento, por dudar y por rechazar a Dios por lo que creía que me había hecho. Estas prácticas se extendían por varias horas, pero mis rezos seguían por mucho más tiempo. No comprendía por qué, sin importar lo mucho que rezara, el TOC no perdía fuerza. Mientras más buscaba el perdón de Dios, más imperfecciones encontraba en los rezos.

Cuando el rabino sacaba la Torá, atada con piel de borrego y cubierta con oro y joyas, temía mirarla. Sentía que era un objeto demasiado sagrado para que yo estuviera cerca de él. Era demasiado impuro, estaba demasiado manchado y era demasiado odiado por Dios para estar en presencia de Sus enseñanzas. Me corrían gotas de sudor por el cuello, se me mojaban las axilas, y las manos comenzaban a temblar. Todos los demás se encontraban allí porque eran buenos judíos. Yo estaba allí para arruinar todo y, en mi mente, es lo que hacía.

Cuando ya no podía soportar el servicio, solía tomar el devocionario y comenzaba a leerlo febrilmente, esperando poder escapar por un momento del escrutinio sagrado. Pero el Dios del que algunas veces leía en esas páginas parecía ser vengativo y estar enojado. Después de todo, convirtió a la esposa de Lot en una estatua de sal y desató una lluvia de fuego sobre Sodoma y Gomorra. Encontraba muy poco consuelo allí.

Después del servicio, la tradición era dirigirse a la persona parada a tu lado y pedirle perdón y, a la vez, perdonar a esa persona. El intercambio mutuo de disculpas y perdones culminaba con deseos de un buen año, abrazos y llantos de alegría. Debía ser un momento de calidez y vaguedad. Sin embargo, sentía que mis súplicas de perdón eran demasiado pocas y que llegaban demasiado tarde. Cuando mi madre me abrazaba y me

decía lo mucho que me amaba, lloraba suavemente por el dolor que le había causado en el pasado y por el que seguramente le causaría en el futuro.

Diálogo sobre los condenados

Cuando estaba en la universidad, tuve la fortuna de que me tratara un psiquiatra que había sido ordenado sacerdote en su vida anterior. Con el tiempo, junté coraje para formularle una pregunta que tenía en los labios, aunque tenía miedo y vergüenza de admitirlo: “¿Qué pasa si hago enojar a Dios aquí?”

Estaba pensando en algunas de las sesiones de terapia, en las cuales debía exponerme a música que estaba seguro que me haría caer en desgracia con Dios. Sin embargo, estaba claro que tenía que resolver algunas cuestiones con la música. Por ejemplo, había comprado un disco de un grupo llamado The Damned (Los condenados) pero tuve que mantenerlo bajo llave en mi dormitorio hasta que Dios me permitiera escucharlo.

“Dios quiere que te mejores”, me dijo el Dr. Q. “Si el tratamiento requiere que digas o hagas cosas que pueden parecer una herejía, entonces adelante. Si aceptas que Dios es, sin lugar a dudas, el poder divino, también debes aceptar que Él comprende cosas que los mortales no”.

“¿Qué es lo que Él entenderá sobre mí?” Le pregunté mientras el temor me recorría la columna vertebral.

A lo que el Dr. Q. respondió: “Él entenderá que estás haciendo lo que necesitas para mejorar”.

“¿Y si lo ofendo?”

“No lo harás”.

“Pero, ¿y si lo hago?”

“A eso me refiero”, dijo el Dr. Q. “Los seres humanos no somos perfectos pero Dios nos ama a todos”. Cuando hacemos lo que debemos hacer para sanarnos y mejorar nuestras vidas, estamos haciendo lo que Dios quiere”.

Me encantaría decirles que ese diálogo fue suficiente para curar la escurpulosidad. No lo fue así, pero sí me dio algo en qué pensar y me ayudó a sostenerme cuando me enfrenté a la escurpulosidad en la terapia.

Panorama general

Al escribir este libro, más de diez años después del diagnóstico, siento que finalmente he comenzado a aprender a vivir con el TOC. Es como tener un mal compañero de cuarto. Jamás me encantará la idea de compartir mi vida con el trastorno, pero estoy aprendiendo a sobrellevarlo.

El TOC puede afectar prácticamente todas las facetas de la vida diaria. En el hogar, puede convertir las tareas más simples —como ducharse, vestirse o comer— en terribles experiencias. La naturaleza rígida y a menudo inexplicable de las compulsiones también puede provocar una gran tensión en las relaciones familiares. Cuando un miembro de la familia pasa horas encerrado en el baño lavándose, realiza rituales complicados antes de cada comida o se molesta mucho cuando alguien mueve aunque sea mínimamente sus pertenencias, también afecta la calidad de vida del resto de la familia.

... siento que finalmente he comenzado a aprender a vivir con el TOC.

En la escuela, las obsesiones a veces impiden concentrarse de manera que es casi imposible pensar en otra cosa. Entretanto, las compulsiones pueden afectar el rendimiento escolar tanto directa como indirectamente. En mi caso, los rituales que me ordenaban la manera de vestirme para las clases de gimnasia y de caminar por los pasillos hacían que llegara tarde a clase con frecuencia. Otros estudiantes pueden sentir que necesitan leer cada palabra de una tarea una cantidad específica de veces o volver a escribir hasta que la letra esté perfecta. Es fácil darse cuenta cómo tales conductas pueden dificultar la conclusión de las tareas a tiempo.

Algunos adolescentes que padecen el TOC de leve o moderado logran reprimir la mayoría de los síntomas mientras se encuentran en la escuela. Sienten cómo crece la ansiedad, pero luchan con todas sus fuerzas para resistirla porque temen pasar vergüenza frente a sus amigos. Sin embargo, cuando llegan a casa, los síntomas reprimidos suelen estallar. Dichos adolescentes suelen parecer personas diferentes en la escuela y en el hogar, lo que lleva a sus padres a sospechar que sólo tienen una actitud manipuladora o rebelde. En realidad, la diferencia en la conducta es una señal de que ven al hogar como un lugar más seguro y menos amenazador que la escuela, un lugar en donde pueden darle rienda suelta a la ansiedad.

Si este es tu patrón, existe una alta probabilidad de que esté causando tensión en casa. Ponte en el lugar de tus padres. No es difícil darse cuenta por qué se sienten confundidos con tu conducta. Algunos incluso pueden pensar que el TOC “se abre y se cierra” como un grifo como respuesta a lo que haces y a lo que no quieres hacer. Tú sabes que no es así. Si fuera tan fácil, podrías desconectar al TOC antes de que te provoque angustia. Una manera de ver el punto de vista de cada uno es hablar honestamente con tus padres. También puede ayudar que el terapeuta participe en la conversación como parte neutral y experta.

¿De qué manera afecta el TOC la vida en el hogar?

Convivir con el TOC es estresante, ya sea que tú lo padezcas o que simplemente compartas el hogar con alguien que lo haga. Tus familiares pueden sentirse frustrados por la incapacidad de cambiar tus patrones de conducta, especialmente aquellos que hacen estragos en la vida diaria. Mientras tanto, puedes sentirte culpable de ser la fuente de tanta angustia. Desafortunadamente, la ansiedad que se siente al herir a los seres queridos puede empeorar los síntomas, y eso solamente aumenta la angustia de todos los interesados. Es un ciclo destructivo que puede destrozarse una familia si sigue sin control.

Afortunadamente, la situación no tiene por qué ser tan sombría si mantienes

abiertas las líneas de comunicación. Aunque es probable que sea difícil compartir lo que piensas y lo que sientes, no hay manera de que tus padres puedan comprender lo que te sucede si no se lo dices. Una vez que dejes salir los temores, las ansiedades y los pensamientos “locos”, puedes darte cuenta de que el sólo hecho de exponerlos a la luz del día los hace menos aterradores.

Es posible que las primeras conversaciones sean las más difíciles, especialmente si tus padres no están familiarizados con el TOC. Además de compartir los pensamientos y sentimientos, también es útil compartir información y recursos. Prepárate tanto para escuchar como para hablar. Existen probabilidades de que tus padres también tengan sus propias preguntas e inquietudes, y también se sentirán aliviados si tienen la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos sobre tu conducta. Con el tiempo, las conversaciones se volverán más fáciles ya que todos se sentirán más cómodos con el TOC.

¿Qué sucede si la comunicación no es exactamente el punto fuerte de la familia? Por supuesto que no serías el único. Trata de ver las cosas desde el punto de vista de tus padres. Es posible que provengan de familias en donde los sentimientos se ocultaban en vez de hablar sobre ellos abiertamente. También es posible que les resulte difícil aceptar que su hijo o hija padece una enfermedad crónica. Quizás no saben mucho sobre las enfermedades mentales, o pueden llegar a tener una perspectiva distinta a la tuya ya que tienen más experiencia de vida.

Cada familia vive una realidad distinta. Pero una cosa que tienen en común es que, a pesar de la distancia emocional o la confusión, la mayoría de los padres quieren lo mejor para su hijos. Si sospechas que el TOC puede ser la causa de algunos problemas, pídeles a tus padres que te ayuden a encontrar ayuda profesional. Además de tratar los síntomas del TOC, es posible que el terapeuta pueda ayudar a la familia a desarrollar mejores habilidades comunicativas en caso de que ello suponga un reto constante.

... a pesar de la distancia emocional o la confusión, la mayoría de los padres quieren lo mejor para su hijos.

CÓMO DESACTIVAR A LOS ACTIVADORES

En ocasiones, los miembros de la familia ayudan a perpetuar los síntomas de la persona que padece el TOC de manera involuntaria. La terapia puede ayudar a las familias a identificar y a liberarse de dichos patrones de conducta negativa. En mi caso, cuando las relaciones familiares se volvieron más tensas en la adolescencia, mis padres decidieron que debíamos probar con terapia familiar, en la cual, toda la familia participa en sesiones terapéuticas.

Durante un año, dedicamos todos los sábados a dichas sesiones. Siempre comenzaban conmigo hablando sobre eventos ocurridos en la semana previa. Le suplicaba al terapeuta que me escuchara, lo que hacía. Desafortunadamente, también escuchaba a mis padres e incluso a mi hermana, lo que significaba que a veces me viera forzado a escuchar de qué manera mi conducta afectaba a los que me rodeaban.

Uno de los objetivos de esas visitas era ayudar a mis padres a poner un límite a mis rituales compulsivos. Como muchos familiares comprensivos, mis padres a veces me

seguían la corriente con los rituales porque querían aliviar la ansiedad que sentía y mantener la calma. Sin embargo, al cooperar con el TOC, involuntariamente estaban ayudando a que los rituales continuaran. Con la terapia, mis padres se dieron cuenta de que la mejor manera de ayudar *no* era contribuir con los rituales compulsivos, sin importar cuánto me molestara. Después de eso, cada vez que recurría a alguna conducta del TOC, debía arreglármelas solo.

En retrospectiva, entiendo la razón por la cual eso fue necesario. En ese momento, sin embargo, fue un trago muy amargo. Según mi manera de ver las cosas, mis padres debían hacer todo lo que estuviera a su alcance para ayudarme a sentir mejor. Si eso significaba controlar una docena de veces que la luz estuviese apagada, que así fuera. No fue hasta más tarde que pude comprender que mientras más me siguieran la corriente con mis exigencias, más poder tenía el TOC no solamente sobre mí, sino sobre toda la familia.

¿De qué manera afecta el TOC la vida en la escuela?

Aunque algunos estudiantes se las arreglan para esconder los síntomas del TOC en la escuela, otros tienen mucha dificultad para cumplir con las exigencias académicas o para llevarse bien con sus compañeros de clase. Algunos problemas comunes en la escuela son los siguientes:

- Falta de concentración. Durante las clases, es difícil escuchar, seguir instrucciones o concentrarse en las tareas debido a que la mente está llena de pensamientos intrusos y obsesivos.
- Aislamiento social. Los rituales compulsivos pueden conducir a conductas decididamente raras y los compañeros de clase no siempre son amables o comprensivos. Además, algunos adolescentes que padecen el TOC se alejan de sus compañeros para no arriesgarse a ser rechazados o sentirse avergonzados.
- Baja autoestima. Este suele ser un problema común entre los adolescentes que padecen el TOC, muchos de los cuales sienten muchísima vergüenza, culpa o angustia por los síntomas. La falta de confianza en sí mismos puede socavar el rendimiento académico y deportivo, y en las actividades sociales.
- Efectos secundarios de los medicamentos. Los medicamentos utilizados para tratar el TOC suelen causar efectos secundarios como somnolencia, desasosiego o irritabilidad. Dichos efectos secundarios, a su vez, pueden provocar problemas de disciplina o afectar la capacidad del alumno para aprender.

Al igual que en el hogar, la comunicación es la clave para controlar el TOC en la escuela. Si crees que los síntomas están afectando tu rendimiento escolar, habla con tus profesores o con el consejero escolar sobre lo que te está pasando. A menudo, cambios relativamente pequeños pueden marcar una gran diferencia en tu capacidad de obtener logros en la escuela.

En mi caso, se me permitía ir de una clase a la otra a mi propio ritmo. Aunque algunos de los otros estudiantes pensaban que esto era un privilegio injusto, me decía a mí mismo que no sabían lo que era convivir con el TOC. Bajo esas circunstancias, tener un

poco de tiempo adicional para caminar por los pasillos parecía una compensación razonable por padecer el trastorno.

Prepárate para educar a los educadores ya que muchos de ellos pueden tener poca experiencia con el TOC o ninguna: Para introducirlos al trastorno, puede ser útil que tus padres soliciten una reunión con los profesores y con el personal de la escuela. Una reunión entre los padres y los docentes para hablar sobre tu conducta puede parecer un golpe de gracia, pero es una ocasión que podría convertirse en una ventaja. Pregúntale si es posible que estés presente en la reunión. Además, dado que el TOC es un tema complicado, algunas familias invitan al terapeuta a asistir a la reunión o a que escriba un informe para leer en la misma.

En ocasiones, tú, tus padres, los docentes y los administradores de la escuela pueden estar en desacuerdo. Eso es comprensible dado que cada uno tiene perspectivas un poco diferentes. Sin embargo, a fin de cuentas, todos quieren lo mismo: que logres todo el éxito posible en la escuela. Mientras más puedan trabajar juntos como equipo, mejores serán las probabilidades de que se cumpla el objetivo. Una actitud de cooperación de tu parte puede hacer mucho para lograr el apoyo del resto del equipo.

¿Qué medidas ayudan a manejar el TOC en la escuela?

No existe una solución general y única para los problemas relacionados con el TOC en la escuela. Las modificaciones que se hagan en un aula para un estudiante pueden no ser útiles para ti. Lo primero que deben hacer tú y el equipo es identificar las estrategias más apropiadas para tratar tus necesidades particulares. Involucrar al terapeuta ayuda a asegurar que todos estén en la misma sintonía, y eso ayuda a potenciar los beneficios tanto de la terapia como de todo otro cambio que hagas en la escuela.

No existe una solución general y única para los problemas relacionados con el TOC en la escuela.

Para algunos adolescentes, es útil tener un lugar “seguro” designado, como la oficina del consejero, en donde puedan ir cuando la ansiedad se torne insoportable. Para otros, salir del aula para tomar una bebida o ir a buscar algo puede ser beneficioso porque los puede ayudar a aclarar los pensamientos cuando las obsesiones amenazan con tomar el control. Junto con tus profesores, pueden establecer una señal privada que pueden utilizar cuando necesites ser excusado para tomar un receso corto. Utilizar la señal no solamente te salva de la vergüenza sino que también reduce los problemas para el resto de la clase.

Se pueden realizar otras modificaciones para hacer frente a los síntomas específicos. Lo que sigue son ejemplos de los tipos de cambios en el aula que pueden ser útiles para algunos estudiantes que padecen el TOC. Con el avance del tratamiento, la necesidad de muchos de estos cambios puede disminuir gradualmente y finalmente desaparecer.

Si tienes compulsiones relacionadas con la escritura (por ejemplo, escribir y volver a escribir, borrar compulsivamente o volver a pasar por el contorno de las letras), puedes:

- escribir en letra de imprenta, si la cursiva representa un problema;

- grabar la clase en lugar de tomar apuntes;
- hacer las evaluaciones oralmente o en una computadora; o reemplazar tareas escritas por proyectos.

Si tienes compulsiones relacionadas con la lectura (por ejemplo, leer y releer; o contar las letras, las palabras o los renglones mientras lees), puedes:

- escuchar los libros;
- pedirle a otra persona que lea para ti; o
- fotocopiar la lectura de tarea y hacer una línea gruesa y negra sobre los pasajes mientras los lees para evitar que los releas.

Si estás obsesionado con la contaminación y tienes compulsiones relacionadas con el lavado, puedes:

- pedir permiso para pasar primero en la fila de la cantina;
- sentarte donde seas el primero en recibir las apuntes; o
- idear una política con tus profesores sobre el acceso al baño. (Para algunos estudiantes, tener permiso para ir al baño cada vez que lo desean reduce la cantidad de tiempo en el que se obsesionan con la limpieza. Para otros estudiantes, especialmente cuando el tratamiento avanza, limitar el acceso al baño puede ser la mejor política. Habla con el terapeuta y los profesores sobre cuál es la mejor estrategia en tu caso).

Si las obsesiones, las compulsiones y el perfeccionismo hacen que te atrases, puedes:

- hacer una marca de verificación en vez de rellenar los círculos en las evaluaciones si tienes la necesidad compulsiva de rellenar los círculos de manera perfecta;
- pedir tiempo adicional en las evaluaciones; o
- establecer límites de tiempo para la tarea. (Por ejemplo, es posible que un profesor requiera que dediques cierta cantidad de tiempo —y no más de eso— en una tarea, en lugar de tener que responder una determinada cantidad de preguntas).

Cuando mejores con el tratamiento, es posible que abandones paulatinamente muchas de estas medidas. El terapeuta puede ayudarte a determinar el momento en el que estés listo para comenzar el proceso de dejarlas y puede brindarte sugerencias para

disminuir las de a poco para que no pierdas el progreso que has hecho.

¿Qué deberías decirles a tus amigos sobre el TOC?

El TOC puede conducirte a actuar de maneras que para tus amigos sean, como mínimo, desconcertantes. Si no saben qué es lo que provoca tu conducta, pueden pensar que eres malcriado, difícil de tratar o, simplemente, raro. Sin embargo, la decisión de contarle a tus amigos o no sobre el trastorno es siempre tuya. Si lo haces, tú decides la cantidad de información que compartirás con ellos y cuándo mencionar el tema.

Tus derechos educativos

Algunos estudiantes que padecen el TOC necesitan un poco, si es que lo necesitan, de ayuda para progresar en la escuela. Sin embargo, otros necesitan cambios más importantes en el aula o servicios educativos especiales. Si tus síntomas te causan graves problemas en la escuela, debes saber que existen dos leyes federales que se aplican a la escuela secundaria y a estudiantes más jóvenes: la Ley de Educación para Personas con Incapacidades de 2004 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, IDEA por sus siglas en inglés) y el Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973. (Para obtener más información sobre los derechos educativos en tu calidad de estudiante universitario, dirígete a la sección de Preguntas frecuentes al final del libro).

- **IDEA:** para reunir los requisitos y acceder a servicios a través de la IDEA, debes demostrar que tienes una incapacidad por la que no te beneficias de los servicios educativos generales. Esto requiere pasar por una evaluación y que te designen con una incapacidad como “alteración emocional” u otro “impedimento de salud”. El proceso es prolongado y complicado, por lo que solamente es adecuado si tienes necesidades importantes y de larga duración. Si reúnes los requisitos, recibirás un programa de educación individualizado (individualized education program, IEP por sus siglas en inglés), que es un plan educativo por escrito que explica en detalle de qué manera las necesidades individuales serán satisfechas. Para obtener más información, visita el sitio web del Departamento de Educación (Department of Education) de los Estados Unidos (www.idea.ed.gov) y el de la Parent Advocacy Coalition for Educational Rights (www.pacer.org).
- **Artículo 504:** para reunir los requisitos estipulados en el Artículo 504, debes tener algún impedimento físico o mental que limite de manera considerable una o más actividades importantes de la vida. El proceso del 504 es más rápido y flexible que el de IDEA y, en muchos casos, trae aparejado menos estigmas. Sin embargo, la IDEA suele ser la mejor opción para aquellos estudiantes que tengan necesidades especiales e importantes.

Por un lado, no todos necesitan saber los detalles de tu vida personal. Además, algunas personas son poco menos que instruidas en lo que respecta a las enfermedades mentales. Quizás provoque algunas reacciones en contra, como los chismes y las burlas. Por otro lado, la única manera de superar el estigma que conlleva una enfermedad mental es educar a las personas, y una de las mejores maneras de hacerlo es simplemente compartir tu historia. Aunque existe la posibilidad de que te encuentres con respuestas llenas de maldad, también es posible que encuentres muchas otras llenas de compasión. Los verdaderos amigos comprenderán tu situación y estarán para lo que los necesites, pero no pueden leer la mente. Para poder apoyarte, necesitan saber qué te sucede.

Decide de antemano de qué manera manejarás el tema. Por ejemplo, cuando hables con amigos cercanos o compañeros de clase, será mejor que te refieras al TOC por su nombre y que te tomes el tiempo para describir el trastorno. Puedes agregar algo como: “Estoy en tratamiento y me está ayudando, pero mejorar es un proceso a largo plazo. Realmente apreciaría tu apoyo”. Cuando extraños o conocidos te pregunten, sin embargo, es mejor no dar tantos detalles. Una opción puede ser simplemente decir que tienes el TOC —o un “trastorno del cerebro” o una “afección neurológica”— y dejarlo así.

El arquetipo del TOC

En una ocasión, cuando tenía alrededor de 15 años, entré a un Starbucks para comprar una dosis de cafeína, con un cigarrillo colgando de la boca. La madre de uno de mis amigos de la infancia estaba allí y se quedó mirándome de manera extraña. De repente, me sentí muy cohibido. Pensé que quizás iba a darme otro sermón sobre el cigarrillo (el cual, que conste, debería haber escuchado). Pero luego sonrió, y el latido de mi corazón se desaceleró al darme cuenta de que no estaba en problemas después de todo.

La madre de mi amigo dijo que estaba asombrada de verme bien y “recuperado”, como lo dijo ella. La miré parpadeando, preguntándome de qué diablos hablaba. Cuando continuó hablando, resultó ser que había escuchado que estaba muy enfermo y que había pensado lo peor. Me dio gusto que mi presencia en Starbucks ese día ayudara a poner las cosas en claro, al menos con ella.

En ocasiones, aún me encuentro con este tipo de reacciones. Ahora que tengo veinte y tantos años, suelo toparme con alguien que conozco camino al trabajo —de traje y con una tarjeta de identificación— y recibo la misma respuesta de asombro. Muchas personas me han expresado su sorpresa al ver lo lejos que había llegado. Elijo tomar esos comentarios como cumplidos ya que sé que esa es la intención que acarrearán. Me gusta pensar que las personas me miran y cambian sus ideas preconcebidas sobre lo que podemos lograr —y lo que no— los jóvenes que padecemos enfermedades mentales. No pedí ser el arquetipo del TOC de mi comunidad, pero es un papel que he aprendido a aceptar y a apreciar.

La buena noticia es que, en la actualidad, las personas suelen estar más familiarizadas con el TOC que cuando se me diagnosticó años atrás. En ese momento, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) —un trastorno que se caracteriza por poca capacidad de concentración, excesiva actividad y/o conducta impulsiva— recibía mucha atención por parte de los medios, y muchas personas confundían al TOC con el TDAH. Otros pensaban que el TOC era una especie de esquizofrenia, una enfermedad mental grave que provoca síntomas como escuchar voces inexistentes, distorsiones de la percepción y conducta irracional. Y otros consideraban a *cualquier* enfermedad mental como un secreto vergonzoso o un tema tabú.

Mientras más sepa la gente, mejor comprenderán que padecer el TOC es parecido a tener asma o diabetes.

Sin prisa pero sin pausa, estos tipos de falsas ideas se están disipando. Puedes hacer tu parte compartiendo información cuando lo creas apropiado. Mientras más sepa la gente, mejor comprenderán que padecer el TOC es parecido a tener asma o diabetes. Es una enfermedad que supone un reto, pero que también puede tratarse. Y no hay razón alguna para que te impida llevar una vida “normal”, tenga el significado que tenga.

¿Qué es lo mínimo que debo saber?

El TOC es un trastorno multifacético que puede afectar varios aspectos de tu vida. Si no se lo controla, puede dañar seriamente las relaciones personales, la vida de hogar y el rendimiento escolar. Aún así tienes el poder de escribir un final feliz para tu historia. Los síntomas del TOC pueden controlarse con el tratamiento adecuado y con cuidado personal. Hasta que los síntomas estén completamente bajo control, es posible que tengas que lidiar con algunos problemas relacionados con el TOC en el hogar y en la escuela. Sin embargo, puedes minimizar dichos problemas y evitar otros actuando de la manera adecuada.

La comunicación es de vital importancia. Es probable que te sientas confundido o perturbado por algunas conductas que te sientas impulsado a repetir, aunque tengas conocimiento de todos los pensamientos y sentimientos subyacentes a estos rituales. Imagina que tu conducta debe parecerle mucho más confusa a alguien que no se encuentra dentro de tu cabeza. Al compartir tus pensamientos y sentimientos con los que quieren lo mejor para ti, ya has logrado mucho para obtener la ayuda y el apoyo que necesitas para vencer al TOC.

En busca de un salvavidas: psicoterapia y medicamentos

Mi historia

Llegó un punto en que la psicoterapia ya no alcanzaba. No es que no obtenía ningún beneficio, sino que la relación con el terapeuta se había convertido en una especie de desahogo de frustración y furia. A menudo solía entrar a su consultorio furioso y con una lista larguísima de todas las cosas que me molestaban. La idea de adaptarme a una vida en la tenía que lidiar con cosas que otros muchachos de mi edad no debían era suficiente para sentir enojo, confusión y rebeldía. Lloraba mucho, le daba puñetazos a los almohadones del consultorio y mis conductas muchas veces eran, en su mejor momento, destructivas.

Un día, mientras mi familia y yo estábamos de vacaciones, estaba mirando televisión y mi hermana quería ir a la playa. Lo que no sabía era que, arriba, mis padres estaban discutiendo sobre cómo podían darme la noticia de que en el otoño iría a un internado.

Papá bajó y me informó que tendríamos una reunión familiar y, debo agregar, no era algo que nuestra familia hiciera a menudo. Subí las escaleras con inquietud, preguntándome qué descubriría. Resultó ser que, durante un tiempo, mi familia había estado conspirando con el psicoterapeuta para encontrar un internado que me proporcionara un ambiente terapéutico. Lo peor de todo era que yo no tenía ninguna opinión en el asunto. La idea de irme a vivir con un puñado de personas que se encontraban en la misma situación deprimente que yo y permanecer enjaulado hasta que pudiera poner mis pensamientos en orden era horrorosa. En ese tiempo, también caí en la cuenta de que mi vida era realmente inmanejable.

Me preguntaba cuáles eran las posibilidades de sobrevivir si me escapaba audazmente agazapándome y rodando por la puerta del auto hacia la carretera.

No hablé mucho con mi familia durante el resto de las vacaciones. Simplemente me sentaba en la sala de estar haciendo pucheros. Me sentía abatido. Todo lo que había conocido parecía muy lejano, como si se me escapara de las manos. Además, no creía que pudiera superar el reto que se aproximaba.

Camino al internado

La primera vez que visité el internado que había sido cuidadosamente seleccionado para mí, se hizo evidente que el personal me estaba evaluando para decidir dónde ponerme, y yo había pensado que se trataría simplemente de una entrevista con el consejero de admisión. Unas pocas semanas más tarde, me encontraba camino a la escuela en calidad de estudiante matriculado. Ese día llovía a cántaros. En todo el viaje en carro hasta la escuela, intencionalmente subí el volumen de la música tan alto que interfería con los intentos de conversación de mis padres. Me preguntaba cuáles eran las posibilidades de

sobrevivir si me escapaba audazmente agazapándome y rodando por la puerta del auto hacia la carretera. Tales pensamientos ocuparon mi mente hasta que nos detuvimos en la residencia estudiantil que se convertiría en mi hogar durante los próximos dos años.

Lo primero que hizo el personal de la escuela fue explicarme la rutina diaria. Aproximadamente en una semana, comencé a acostumbrarme a todo. Me levantaba por la mañana y tendía la cama (lo que era más difícil de lo que parece ya que dormía en la parte superior de la litera). Realizaba mi tarea del día: limpiaba los baños, barría los pisos o aspiraba los pasillos. Después me dirigía a tomar el desayuno y luego a la escuela.

En algún momento del día, recibía un llamado para presentarme en el consultorio del Dr. Z., el psicólogo, para una sesión. Al principio, todo lo que hacía era dar rienda suelta al enojo y a la frustración, pero eventualmente le confié que el TOC realmente me estaba venciendo y que necesitaba ayuda. Después de haberme cerrado durante tanto tiempo, sin abrirme a ninguna de las posibilidades terapéuticas que me habían ofrecido, esto era algo nuevo para mí. Le pregunté al Dr. Z. qué debía hacer a continuación.

De alguna manera, para mi sorpresa, no se regodeó ni dijo que había sido un terco durante todo ese tiempo, sino que me preguntó qué me estaba pasando: qué estaba sucediendo dentro de mi cabeza, a qué le temía y qué es lo que estaba haciendo en cuanto a mi conducta. Su interés y preocupación eran alucinantes, hasta el punto en el que sentí como si mi cerebro hubiera volado por toda la habitación y se hubiera estrellado en el centro de la pared opuesta. El hombre entendía realmente a lo que me estaba enfrentando.

Eventualmente comencé a hablar abiertamente sobre todo lo que me pasaba por la cabeza. Los pensamientos salían a veces como pedazos y partes desconectadas, y el Dr. Z. me ayudaba a unirlos en patrones de pensamiento coherentes. Solíamos hacerlo mientras me llevaba de paseo en su convertible, lo que era fantástico. Como no se nos permitía salir del campus, salvo por circunstancias específicas, la terapia parecía algo así como unas vacaciones. Aprendí a esperar con ansias la ayuda que necesitaba.

Botón del pánico

En esa época, sin embargo, otro problema se tornaba cada vez más insistente: comencé a tener ataques de pánico frecuentes. El ataque de pánico es una repentina e inesperada oleada de temor y aprensión intensa acompañada de síntomas físicos, por ejemplo, taquicardia, dificultad para respirar o sudoración. En mi caso, sentía como si el aire saliera por la fuerza y el corazón palpitara como si estuviera corriendo en la rueda de andar a alta velocidad mientras tomaba café. Además, se me nublaba la vista y me sentía desorientado.

Los ataques de pánico a menudo sucedían cuando no podía dominar los pensamientos del TOC, y por eso se descontrolaban. El psiquiatra del campus me sugirió que tomara un ansiolítico llamado Ativan (lorazepam). Como es de acción rápida, lo utilizaría cuando lo necesitara, lo que significaba que solamente lo tomaría cuando tuviera un ataque de pánico grave. Pero aunque el Ativan me proporcionaba un rescate rápido del pánico intenso, los pensamientos subyacentes del TOC aún se desbordaban y salían a la superficie.

El TOC + otro trastorno de ansiedad

Se estima que el 40% de las personas que padecen el TOC también padecerán algún otro tipo de trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas. Los trastornos de ansiedad más comunes que coexisten con el TOC son los siguientes:

- Trastorno de pánico: se caracteriza por la incidencia reiterada de ataques de pánico espontáneos y el temor constante a ellos. El temor se origina en la creencia de que dichos ataques ocasionarán catástrofes, por ejemplo, un ataque cardíaco.
- Trastorno de ansiedad generalizado: se caracteriza por una preocupación excesiva por diversas cosas que guardan relación con circunstancias de la vida real.
- Trastorno de ansiedad social: se caracteriza por un marcado temor en situaciones sociales en las que la persona está expuesta a desconocidos o al posible escrutinio de otros.

En ese momento, me enteré del plan de que consultara a otro terapeuta más: un especialista en terapia cognitivo-conductual (TCC), la cual se centra en identificar y cambiar patrones de pensamientos y conductas inadaptadas. Debo decir que no me interesé mucho en la TCC la primera vez que escuché hablar de ella. Aún tenía esperanzas de que una píldora —o un cóctel de píldoras— solucionaran mi problema y mejoraran las cosas.

Además, tenía miedo a enfrentarme con la TCC. El tipo más efectivo de TCC para tratar el TOC es algo llamado exposición y prevención de la respuesta, que incluye enfrentar las situaciones que conducen a las obsesiones y, a la vez, abstenerse de utilizar las compulsiones para reducir la angustia durante los encuentros. Me parecía un tratamiento fuerte para mí y no estaba seguro de estar listo. La forma en que me lo describieron tampoco ayudó. Escuché palabras como “doloroso”, “sudoración” y “ansiedad”; probablemente no era la mejor manera de presentar una opción terapéutica. Luego de dos años, finalmente accedí a darle una oportunidad a la TCC.

Victoria por rendición

Mientras tanto, toda mi vida parecía dar vueltas sin control. Mi autoestima se desplomó, el deseo de vivir llegó a su punto más bajo y fumaba en vez de comer. Mi peso fluctuaba con la misma frecuencia que lo hacía el clima de Nueva Inglaterra. En todo ese tiempo, sabía que la manera de hacer un cambio positivo en mi vida era acceder a la TCC. Sin embargo, me rehusé a hacerlo.

Actualmente, los padres de jóvenes a los que se les ha diagnosticado el TOC a menudo me preguntan qué pueden hacer para que sus hijos participen en la terapia activamente. Les digo que deben aceptar el hecho de que no pueden hacer nada al

respecto. Aunque este consejo pueda sonar devastador y sombrío al principio, es esencial para poder brindar ayuda como padre. De tu parte, el mensaje es igualmente crudo: nadie —ni siquiera tus padres— pueden forzar tu recuperación. Lo único que pueden hacer es estimularla y alentarla. De ti depende abordar la terapia con una mente abierta y con la voluntad de trabajar mucho para mejorar.

Si se lo deja solo, el TOC puede crecer sin freno a lo largo de la vida de una persona, provocando todo tipo de daños. Mi vida se volvió incontrolable. Los rituales compulsivos convertían algo tan simple como ducharse en una verdadera tortura. Mientras tanto, por las obsesiones relacionadas con dañar a las personas, temía herir a alguien a tal punto que me la pasaba encerrado y solo. Dejé de intentarlo.

Sin embargo, finalmente llegó el día en el que me sentí tan exhausto y frustrado que ya no pude negar lo obvio: lo que hacía no estaba dando resultado. Sintíendome enojado y un poco triste, apagué el cigarrillo en la tierra y me tomé la cabeza con las manos. En ese momento decidí que necesitaba algo más que una solución rápida. Dicho de otro modo, en términos utilizados en la recuperación, me entregué a la situación. No quería seguir enfermo, pero la enfermedad era lo único que conocía y me di cuenta de que ya no podía luchar solo. Fue un despertar asombroso y lloré hasta que mis ojos parecían no poder permanecer en sus cavidades por lo resbaladizos que estaban.

Admitir primero ante ti mismo y luego ante alguien más que no puedes vencer al TOC sin la ayuda de nadie es una de las cosas más difíciles que existen en el mundo.

Ese día, me rendí. Solicité una reunión con el psicólogo y le dije que estaba listo para intentar con la TCC. Si alguna vez te encuentras en esa situación, no esperes que sea fácil. Admitir primero ante ti mismo y luego ante alguien más que no puedes vencer al TOC sin la ayuda de nadie es una de las cosas más difíciles que existen en el mundo. Pero si te encuentras en la lucha, también es lo mejor que puedes hacer por ti mismo.

El psicólogo llamó a mis padres, quienes estaban eufóricos por mi cambio de opinión. Pronto me encontré en el auto de papá para conocer al nuevo terapeuta cognitivo-conductual. El viaje en carro siguió el mismo patrón que los que vendrían a continuación: me acomodé en el asiento del acompañante, tomé un sedante, bajé el asiento y me puse a escuchar música. Recuerdo que miraba fijamente a los árboles en el viaje, observando cómo el follaje se agitaba y oscilaba.

Cuando llegamos a la casa del terapeuta cognitivo-conductual, que también servía de consultorio, estacionamos en una pradera. Las herramientas de granja rústicas descansaban sobre una vieja pared construida a mano con piedra y mezcla. Sin embargo, a pesar del ambiente tranquilo, me recorrió una sensación de inquietud mientras salía del carro a tropezones.

El terapeuta extendió la mano y cuando le estreché la mía, se inclinó para saludarme de la manera en que una persona saluda a otra que ya conoce y por la que se preocupa. Luego me guió hacia el consultorio amueblado con mucho gusto ubicado en el sótano. Cuando me señaló la silla que se encontraba frente a la suya, me senté y esperé a ver qué sucedía.

El Dr. C. me preguntó por los síntomas, a lo que contesté, un poco en broma, que los tenía a todos. Eso pareció resumir mi situación de manera eficaz, pensé. Luego le conté sobre los controles, las cuentas, las obsesiones con la limpieza, las obsesiones con ocasionar daños, los pensamientos intrusos, los temores paralizantes, todo lo que parecía útil. Durante todo el tiempo que hablé, el Dr. C. tomó nota afanosamente. Aunque no había modo de saberlo en ese momento, acababa de dar un enorme paso en el camino hacia la recuperación.

Ayuda cognitivo-conductual

Como aún vivía en el internado terapéutico, tuve la fortuna de contar con varios proveedores de tratamiento que trabajaron juntos en mi beneficio durante ese tiempo. En casa, aún tenía el psiquiatra original, quien supervisaba el tratamiento y examinaba todos los cambios en los medicamentos. En la escuela, tenía otro psiquiatra y un psicólogo con quienes examinaba lo que ocurría en mi vida. Y ahora tenía otro terapeuta cognitivo-conductual con quien podía trabajar sobre los síntomas del TOC. Aunque pueda parecer que tener muchos proveedores de tratamiento es una exageración, creo que el enfoque de equipo me ayudó muchísimo.

Las sesiones de TCC eran intensas y, en realidad, consistían en una serie de lecciones que me hacían enfrentar los síntomas de manera práctica. La primera palabra de la TCC es cognitiva, y lo primero que aprendí en terapia es cómo ordenar el pensamiento. Las obsesiones son astutas por naturaleza. Se infiltran en las líneas de pensamiento y se disfrazan para parecerse a los demás pensamientos. La TCC te enseña a descubrir los pensamientos obsesivos y a arrancarles el camuflaje. Una vez que le quitas la máscara al pensamiento obsesivo —en otras palabras, que lo ves como un disfraz absurdo de lo usual y racional— le quitas bastante el poder para causar angustia.

Otra cosa que aprendí es que *dejar ir* dichos pensamientos en lugar de tratar de *hacerlos desaparecer* es de vital importancia. Mientras más trates de sacar a empujones a las obsesiones por la puerta, me dijeron, más regresarán por la ventana. Esa es la razón por la cual los rituales compulsivos y otros actos de distracción desesperada nunca funcionan por mucho tiempo. La verdadera clave para manejar los pensamientos obsesivos no es bloquearlos, sino debilitarlos hasta el punto en donde puedas deshacerte de ellos. Por consiguiente, una de las lecciones más importantes de la TCC era que debía abrir la puerta, dejar entrar a los pensamientos y vivir mi vida, confiando en que los pensamientos se aburrirían y dejarían de visitarme tan a menudo una vez que mi estrategia fuera clara y la implementara de manera sistemática.

Aprendía rápidamente y, mentalmente, me daba la cabeza contra la pared por haber sido tan caprichoso con respecto a la TCC en primer lugar. Ahora que le había dado una oportunidad, tuve que reconocer que estaba dando resultado. El alivio que sentí cuando los síntomas comenzaron a disminuir sigue siendo una sensación sin igual. Mi mente había sido esclavizada por el TOC por tanto tiempo que casi había olvidado cómo se sentía ser libre, aunque eso sólo hizo que todo pareciera aún mejor.

Inspiración en Oriente

La combinación de la TCC y los medicamentos estaban comenzando a tener un verdadero efecto en los síntomas. Decidí sacarle el mejor provecho al tratamiento haciendo todo lo

que estaba a mi alcance para calmar la mente y disipar los temores. Da la casualidad que dos estudiantes de la residencia se interesaban por las artes marciales. Uno de ellos practicaba taekwondo y el otro ninjitsu. Pronto me enteré que dos miembros del personal de la residencia también practicaban artes marciales a nivel avanzado. Ambos tenían bastante experiencia en karate, jujitsu y judo.

En la clase de gimnasia —una de las actividades que menos me agradan en el planeta— también manifesté interés por aprender artes marciales. Me dijeron que estaba estrictamente prohibido enseñar formalmente artes de combate a un estudiante que asistía a un internado terapéutico, sin importar si su propósito era inofensivo o incluso terapéutico. Por otro lado, no existían reglas que impidieran el intercambio de información sobre artes marciales en conversaciones informales. De esa manera, comencé a estudiar karate con un miembro del personal de la residencia.

Lo primero que me enseñó mi nuevo profesor o *sensei* era que necesitaba entender y hacer las paces con mi “centro” antes de obtener algún beneficio de las artes marciales. Me pareció algo cursi y me hizo dudar. Había tenido la impresión de que podría convertirme en un experto luchador, fuerte y brillante, sin necesidad de tomarme el tiempo para aprender la disciplina y la filosofía que sustentaban las habilidades para la lucha. Sin embargo, no tardé en darme cuenta de que adoptar un enfoque mente-cuerpo había sido una decisión acertada.

Durante los primeros meses, aprendí técnicas de respiración. Tengo muy poca capacidad de concentración por lo que la idea de quedarme quieto concentrándome solamente en la entrada y la salida del aire no me parecía para nada atractiva, pero respetaba al instructor de karate y acepté que sabía lo que hacía, así que le di una oportunidad. En realidad, este tipo de ejercicio de respiración es una clase de meditación ya que incluye concentrar la mente en una cosa o actividad en particular, en este caso, el acto de aspirar y espirar. Es una manera eficaz de tranquilizar la mente, relajar el cuerpo y reducir el estrés.

Me llevó varios intentos entender la meditación. La primera vez que lo intenté, miré al empleado de la residencia convertido en instructor de karate, y luego en mejor amigo, y le dije que no podía hacerlo. Tenía muchos pensamientos en la mente que me distraían, le dije, y jamás podría concentrarme en algo tan puro y pacífico como respirar. Para mi sorpresa, me sonrió y me dijo que era una buena señal.

Me explicó que cuando un pensamiento distractor ingresa a la mente durante la meditación, no se debe luchar contra él. En lugar de ello, simplemente reconoces el pensamiento, entiendes por qué está allí y lo desechas de manera pasiva, permitiéndole que pase libre de obstáculos a través de los procesos de pensamiento para que siga su curso.

En lugar de luchar contra los pensamientos que aparecen, me enseñaron a recibirlos de una manera pacífica durante la meditación.

En lugar de luchar contra los pensamientos que aparecen, me enseñaron a recibirlos de una manera pacífica durante la meditación. Los paralelismos con la TCC eran obvios. En la TCC, me enseñaron a no luchar contra los pensamientos obsesivos, ya que sólo lograría intensificarlos. Entonces, aprendí a reconocer dichos pensamientos, a darme

cuenta de lo absurdos que eran y a dejarlos desaparecer a su ritmo al ir perdiendo poder.

Al principio, me resultó sumamente difícil practicar la indiferencia pasiva durante la meditación. Pero una vez que comencé a dominar la actitud de la meditación, me di cuenta de que era una de las mejores cosas que había encontrado en bastante tiempo. De repente, ya no estaba aterrorizado sino que estaba consciente. Aprendí a dejar ir el enojo y la frustración que me habían estado arrastrando. Después de todo, era *mi* equipaje, y caí en la cuenta de que no estaba obligado a continuar llevándolo a todos lados si no quería hacerlo.

Después de unos meses, comencé con la práctica física del karate. Aprendí las posturas defensivas y ofensivas básicas. Practicaba golpear correctamente y alinear el cuerpo y la mente para concentrar la energía en una sola acción fluida. Por primera vez, sentí que mi cuerpo trabajaba a su favor, no en su contra.

Había estado muy enojado con el hecho de que mi vida estaba consumida por las obsesiones y las compulsiones con las que no quería saber nada. A veces tenía episodios de furia extrema hasta el punto de llegar a las lágrimas. Pero con el tiempo, gracias en gran parte a la TCC y a la meditación, hice las paces con el dolor que guardaba en mi interior.

Convertí a la furia en perspicacia y músculos, y me liberé de la sensación de impotencia que había estado carcomiéndome. Las lecciones que aprendí en ese momento me han permitido sobrellevar muchas experiencias posteriores: dejar el cigarrillo, inscribirme en la universidad e incluso graduarme primero de la clase. Aprendí a controlarme y a no permitir que el TOC me controlara a mí. Cuando la mente se liberó de las ataduras, comencé a darme cuenta de que la vida no es para ser vivida con temor, sino con admiración por todas las cosas increíbles y bizarras que tenemos el privilegio de presenciar. La liberación es uno de los sentimientos más grandes del mundo.

Panorama general

Probé varios tratamientos con distintos médicos y terapeutas antes de dar con la mejor combinación para mí. Esta es una experiencia muy común. El TOC es un problema complejo que no tiene una solución general y única. En realidad, requiere de un enfoque personalizado. Si aún te encuentras en la búsqueda del enfoque adecuado para ti, no te desanimes. Algo de lo que me he dado cuenta en retrospectiva es que incluso los errores sirvieron. Al descubrir lo que no funcionaba para mí, los proveedores de tratamiento y yo pudimos reducir las opciones hasta encontrar una que sí lo hiciera.

El TOC es un trastorno cerebral, por lo que los tratamientos más eficaces son aquellos que modifican el funcionamiento del cerebro. Sorprendentemente, esto se aplica tanto a la medicación como a la TCC. Recientes investigaciones sugieren que ambos tipos de tratamiento producen cambios similares en el funcionamiento del cerebro. Específicamente, luego de varias semanas de tomar IRSS o hacer TCC, los estudios demuestran que las zonas del cerebro que suelen ser hiperactivas en el TOC vuelven a un nivel de actividad más normal. La implicación es clara: aunque los medicamentos y la TCC parecen ser dos enfoques absolutamente distintos por fuera, en realidad, es posible que funcionen a través de mecanismos similares en el cerebro.

Tanto la TCC como los medicamentos pueden ser de utilidad. El Dr. Martin Franklin, autor científico del presente libro, integró el equipo de investigadores que estudiaron la eficacia de la TCC, los IRSS o la combinación de ambos para tratar al TOC en niños y adolescentes. El estudio consistió en un ensayo aleatorio controlado (ver el cuadro en la página a continuación) que incluyó a 112 jóvenes de tres centros terapéuticos universitarios. Los tres tratamientos resultaron ser más eficaces para reducir los síntomas que el placebo, que es una píldora de azúcar similar al medicamento real pero que no contiene ingredientes activos.

¿Qué es un ensayo aleatorio controlado?

Si lees investigaciones clínicas, es muy probable que encuentres el término “ensayo aleatorio controlado”. Este tipo de estudio es “aleatorio” ya que divide a los participantes en distintos grupos de tratamiento y de control de manera aleatoria. El hecho de que sea aleatorio ayuda a asegurar que los grupos se puedan comparar de la mejor manera. Es “controlado” dado que existe un grupo de control a fines comparativos. Dicho grupo suele recibir una píldora inactiva (placebo), psicoterapia no específica o simplemente atención habitual sin ningún tipo de tratamiento adicional. La gran ventaja de este diseño es que permite a los investigadores determinar qué cambios producidos en el grupo de tratamiento son el resultado del tratamiento en sí.

En conjunto, los resultados de los tres centros terapéuticos demostraron que los jóvenes obtenían mejoras con la combinación de TCC e IRSS que con cualquiera de los dos tratamientos por sí solos. Sin embargo, para aquellos que recibieron tratamiento en la Universidad de Pensilvania, la TCC por sí sola también dio tan buenos resultados como el tratamiento combinado. Moraleja: la manera en que los terapeutas brindan la TCC es un factor importante para determinar si funciona bien.

Ya sea que intentes con la TCC, con los IRSS o con ambos, suele llevar algunas semanas para que comiencen a surtir efecto. Es importante darle a cualquier tratamiento el tiempo necesario para ponerlo a prueba antes de llegar a la conclusión de que no funciona. Eso suele significar seguir adelante con dicho tratamiento durante al menos diez semanas. Si estás preocupado porque que no mejoras lo suficiente o con la rapidez que esperabas, habla con el médico o terapeuta. No dejes el tratamiento, ya que eso puede conducir a un aumento de los síntomas.

Es importante darle a cualquier tratamiento el tiempo necesario para ponerlo a prueba antes de llegar a la conclusión de que no funciona.

¿Cuál es la forma más eficaz de la TCC?

Teniendo en cuenta las investigaciones, el tratamiento más usado para los adolescentes que padecen el TOC suele ser la TCC combinada con un IRSS o la TCC sola. Un tipo

particular de TCC conocido como exposición y prevención de la respuesta (exposure and response prevention, EX/RP por sus siglas en inglés) ha demostrado ser especialmente eficaz. Consta de dos componentes principales: *exposición* a las situaciones que provocan los pensamientos obsesivos y *prevención* de los rituales compulsivos que suelen ser la respuesta habitual de la persona. Cuando alguien se enfrenta de manera constante a sus temores sin caer en las compulsiones, la ansiedad que dichos temores provocaban comienza a disminuir con el tiempo.

El primer paso de la EX/RP es elaborar una jerarquía de las situaciones temidas: se comienza con aquellas que provocan menos ansiedad y se continúa con las que provocan más ansiedad. La persona comienza enfrentando la situación que provoca poca ansiedad. Luego de pasar el desafío, sigue paso a paso con la jerarquía, enfrentándose a situaciones cada vez más difíciles.

EXPOSICIÓN EN VIVO

La parte de la exposición de la EX/RP puede ocurrir en la vida real o en la imaginación de la persona. La exposición en vivo es el tipo que tiene lugar en la vida real. Incluye entrar en contacto con la situación real que provoca ansiedad. Por ejemplo, se le puede pedir a una persona obsesionada con la limpieza que pase las manos por un contenedor lleno de suciedad o que hurgue la basura, mientras que a una persona obsesionada con las cuentas se le puede pedir que de golpecitos en la mesa o prenda y apague el interruptor de la luz unas 13 veces, el número de la “mala suerte”.

Una técnica de enseñanza es modelar, en la cual el terapeuta hace una demostración de la exposición. Al principio, es posible que la persona solamente observe cómo el terapeuta entra en contacto con la situación temida sin recurrir a ningún ritual. Luego, se le puede pedir a la persona que siga el ejemplo del terapeuta de cómo responder (o no responder) a estas situaciones.

EXPOSICIÓN IMAGINADA

La exposición imaginada supone entrar en contacto con una situación que provoca ansiedad a través de imágenes mentales. Se utiliza cuando la exposición en la vida real es poco práctica o imposible, por ejemplo, cuando la persona tiene imágenes intrusas de que arde en el infierno debido a que un pensamiento blasfemo no está controlado. El terapeuta describe la escena temida utilizando muchos detalles sensoriales hasta que la persona se forme una imagen clara en la mente. Luego el terapeuta continúa describiendo el peor escenario, detallando las consecuencias negativas que las personas temen que ocurran.

Digamos que alguien que tiene la obsesión de comprobar teme que un ladrón entre en la casa por no haber comprobado las puertas para asegurarse de que estén cerradas con llave. Es posible que el terapeuta describa gráficamente una escena en la que esto suceda. En lugar de tratar de sofocar la ansiedad que ha surgido, la persona se permite experimentar el sentimiento. Como la escena se describe una y otra vez, comienza a perder fuerza y la ansiedad empieza a desaparecer. Cuando la persona puede imaginarse esta escena sin sentir ansiedad, el terapeuta sigue con el siguiente escenario.

PREVENCIÓN DE LA RESPUESTA

Ya sea que la exposición tenga lugar en el mundo real o en la visualización mental, la prevención de la respuesta siempre se da simultáneamente. Eso sólo significa que la persona se abstiene de realizar —o de imaginarse que realiza— rituales compulsivos a modo de respuesta. Aunque el terapeuta está presente para ofrecer orientación y apoyo, el control que se necesita para prevenir los rituales es siempre voluntario. Jamás se obliga a nadie.

Por ejemplo, digamos que a una persona que se lava las manos compulsivamente le preocupa que tocar las perillas de las puertas con gérmenes la enferme. Aún si toca las perillas de las puertas todos los días y nunca se enferma, puede decir que eso es sólo porque se ha lavado las manos bien a fondo después. En la EX/RP, dicha persona no solamente tocaría las perillas sino que se abstendría de lavarse las manos por varias horas luego de haberlo hecho. Con el tiempo, al no enfermarse, se daría cuenta de que la vieja creencia sobre la necesidad de lavarse las manos constantemente no era real. El poder de las perillas de las puertas para provocar ansiedad comenzaría a decaer.

LA EX/RP EN ACCIÓN

Aunque hayamos descrito a la exposición y a la prevención de la respuesta de manera separada, en realidad ocurren simultáneamente y funcionan juntas en la terapia. El objetivo general de la EX/RP es enfrentar el temor en lugar de alejarse de él, añadiendo detalles horripilantes cuando sea necesario y manteniéndose concentrado en los pensamientos de ansiedad. Al mismo tiempo, te esfuerzas conscientemente por no distraerte de los pensamientos y en no brindarte a ti mismo un leve consuelo a través de rituales mentales, por ejemplo, diciendo en silencio “nunca haré eso” durante una exposición imaginada que se relaciona con dañar a un ser querido.

Incluso después de que termina la sesión, la prevención de la respuesta continúa. Esto es importante para que no se anule todo lo bueno que se ha logrado durante la sesión. Así que una vez que sales del consultorio del terapeuta, continúas esforzándote para no volver a la conducta ritualista.

QUÉ ESPERAR DE LA EX/RP

La EX/RP no brinda una solución fácil. Requiere que participes activamente en el tratamiento y que enfrentes las situaciones de extrema ansiedad. A corto plazo, esto puede conducir a un aumento de la ansiedad temporal. A largo plazo, sin embargo, puede ahorrarte mucho sufrimiento al proporcionarte herramientas efectivas para controlar el TOC.

En general, las exposiciones prolongadas son más eficaces que las exposiciones breves. La idea es esperar hasta que el nivel de ansiedad alcance su punto máximo y luego comience a bajar, lo que puede llevar algo de tiempo. Por lo tanto, las sesiones de exposición con el terapeuta suelen durar al menos 45 minutos y a veces son más prolongadas. La frecuencia de las sesiones depende en parte de la gravedad de los síntomas. Cuando estos son graves, se aconseja realizar sesiones frecuentes e incluso

diarias al principio. Para síntomas más moderados, es posible que las sesiones semanales sean suficientes.

El terapeuta puede guiarte en la EX/RP, pero de ti depende la realización del trabajo. Se debe practicar la prevención de la respuesta no solamente en el consultorio del terapeuta sino también en casa, entre sesiones. Los familiares y amigos pueden servir de apoyo, pero ni el terapeuta ni las personas que te apoyan te obligarán a hacer nada en contra de tu voluntad. Hacer todo el esfuerzo posible en la prevención de la respuesta es tu responsabilidad. Mientras más esfuerzo inviertas, más beneficios obtendrás del tratamiento.

Hacer todo el esfuerzo posible en la prevención de la respuesta es tu responsabilidad.

Una posible desventaja de la EX/RP es que los resultados óptimos pueden depender de encontrar un terapeuta cognitivo-conductual con experiencia. Desafortunadamente, en muchas partes del país, tales terapeutas escasean. El médico de cabecera, el psiquiatra o el psicólogo pueden recomendarte un especialista en TCC. Además, la Anxiety Disorders Association of America (www.adaa.org), la Obsessive-Compulsive Foundation (www.ocfoundation.org) y la Association for Behavioral and Cognitive Therapies (www.abct.org) ofrecen directorios en Internet de proveedores de tratamiento.

Dosis terapéutica de refuerzo

La TCC constituye un conjunto de herramientas eficaces, pero, como cualquier herramienta, se puede oxidar con el paso del tiempo. Para mí, ese tiempo fue mientras estaba en la universidad. Los síntomas empeoraron hasta el punto en el que se convirtieron en un obstáculo en el trabajo escolar y en mi vida en general. Me llevó alrededor de seis semanas admitir realmente que ya no tenía el control.

Hablé con el terapeuta del centro de salud de la universidad y juntos estuvimos de acuerdo en que probablemente era una buena idea llamar al Dr. C, el terapeuta cognitivo-conductual, para concertar una cita. Al principio, sentí como si hubiera fracasado, pero el Dr. C. me aseguró que las personas que padecen el TOC necesitan sesiones ocasionales luego de finalizar la terapia intensiva para asegurarse de que siguen utilizando las herramientas de manera adecuada y para no volver a los mismos hábitos antiguos.

En mi caso, había comenzado a concederme una pequeña parte de cada día para llevar a cabo los rituales, pensando que eran inofensivos. Pero cuando bajé la guardia, esos minutos se convirtieron rápidamente en horas. Unas pocas sesiones de refuerzo con el Dr. C. me ayudaron a tomar el control de mi vida nuevamente. También aprendí a ponerme límites y a respetarlos. A partir de ese momento, he llegado a aceptar que mantenerme lo más sano posible es un trabajo que tendré que hacer toda la vida, y que un reajuste de vez en cuando ayuda a mantener el progreso.

Una de las ventajas más importantes de todos los enfoques de la TCC, incluida la EX/RP, es que puedes utilizar las habilidades que te enseñan para controlar la ansiedad el resto de tu vida. Los estudios han demostrado que muchas personas continúan sintiéndose mejor luego de meses o años de haber terminado la terapia. Eso no suele suceder con los medicamentos. Algunas investigaciones sugieren que los beneficios de los medicamentos pueden disminuir apenas las personas dejan de tomarlos. Sin embargo, estudios más recientes sugieren que los beneficios pueden ser más prolongados si se va reduciendo el medicamento de a poco.

TCC: TIPOS COGNITIVOS

La EX/RP es el tipo de psicoterapia para tratar el TOC en personas jóvenes que más ha sido estudiado. Sin embargo, los tipos meramente cognitivos de la TCC también han demostrado ser útiles para adultos que padecen el trastorno. Estos enfoques se basan en la suposición de que las personas que padecen el TOC tienen creencias irracionales que acompañan a las obsesiones. Ejemplos de tales creencias incluyen lo siguiente:

- pensar en realizar una acción es lo mismo que llevarla a cabo;
- no tratar de evitar un daño es lo mismo que causarlo; o
- es necesario estar siempre alerta para evitar la catástrofes.

Todos tenemos pensamientos no deseados de vez en cuando. Según una teoría, las personas con TOC reaccionan de manera exagerada a dichos pensamientos, creyendo que son potencialmente dañinos y sintiéndose responsables por las cosas malas que puedan ocurrir luego. Por supuesto, este tipo de pensamiento produce mucha ansiedad y las compulsiones son un intento inútil de moderar la ansiedad. Las terapias cognitivas tratan de llegar al centro del trastorno ayudando a las personas a reconocer y desafiar sus creencias irracionales.

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La terapia de aceptación y compromiso (TAC) es una nueva rama de la TCC. Combina la aceptación de la experiencia interna y el compromiso a cambiar la conducta con plena conciencia, un tipo de meditación que supone centrar totalmente la atención en lo que se esté experimentando en el aquí y ahora sin juzgar ni reaccionar. La TAC es una idea interesante que se asemeja bastante a la combinación de TCC y meditación que funcionó realmente bien para mí. Pero hasta el momento, se ha realizado una cantidad limitada de investigaciones sobre la TAC, por lo que es imposible afirmar que tenga un potencial generalizado como tratamiento para el TOC.

¿Qué tipos de medicamentos son efectivos?

Si la TCC por sí sola no brinda el alivio suficiente, es posible que se logre con la TCC y

los medicamentos. Y si la primera combinación que eliges no tiene éxito, existen distintas opciones. El proveedor de tratamiento puede cambiar a otro tipo más intensivo de TCC, modificar la dosis del medicamento, o cambiarlo o agregar otro. Es una cuestión de mezclar y combinar los tratamientos hasta dar con la mejor estrategia general para ti. Aunque la TCC es la base del tratamiento para el TOC, los medicamentos también cumplen una función importante.

La combinación de los medicamentos y la TCC pueden ser de especial utilidad para las personas que manifiestan síntomas de moderados a graves. También puede resultar beneficioso para aquellos que padecen el TOC junto con otros trastornos que responden bien a los medicamentos, como en el caso de otro trastorno de ansiedad o la depresión. Por otra parte, en un estudio reciente, el Dr. Franklin y sus colegas descubrieron que los jóvenes que padecen el TOC y un trastorno de tics se beneficiaron con la TCC pero no con los medicamentos por sí solos.

Afortunadamente, se han llevado a cabo más investigaciones sobre la terapia con medicamentos para tratar el TOC que para cualquier otro trastorno de ansiedad. Existe evidencia de la eficacia de dos tipos de medicamentos: los IRSS y un tipo más antiguo de antidepresivos llamado clomipramina (Anafranil).

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN SELECTIVA DE SEROTONINA:

- citalopram (Celexa)
- escitalopram (Lexapro)
- fluoxetina (Prozac)
- fluvoxamina (Luvox)
- paroxetina (Paxil)
- sertralina (Zoloft)

Los IRSS se clasifican como antidepresivos, pero también se utilizan con frecuencia para tratar los trastornos de ansiedad. En el cerebro, los IRSS aumentan la concentración y la actividad de la serotonina, un químico que parece cumplir una función central en el TOC. Estudios extensos y bien controlados han demostrado que tres tipos de IRSS —la fluoxetina, la fluvoxamina y la sertralina— son eficaces para tratar a niños y adolescentes que padecen el TOC. Los tres fármacos han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos para tal fin.

Los efectos secundarios posibles incluyen descompostura, disminución del apetito, dolor de cabeza, cansancio y problemas sexuales. Los efectos secundarios leves suelen desaparecer solos en pocos días. Si son más graves, sin embargo, es posible que el médico cambie la dosis o el medicamento. Además, algunas personas que toman antidepresivos manifiestan aumento de ansiedad, ataques de pánico, problemas para conciliar el sueño, irritabilidad, hostilidad, impulsividad, agitación o desasosiego. Se cree que las personas que manifiestan estos síntomas poco después de empezar a tomar un antidepresivo pueden tener mayor riesgo de pensamientos suicidas. Si notas estos síntomas, asegúrate de

hacérselo saber al médico de inmediato.

CLOMIPRAMINA (ANAFRANIL)

La clomipramina pertenece a un grupo más antiguo de antidepresivos. Al igual que los IRSS, este fármaco afecta la concentración y la actividad de la serotonina en el cerebro. Sin embargo, también provoca otros efectos químicos en el cuerpo que pueden ser no deseados. Fue el primer medicamento en ser estudiado sistemáticamente en niños y adolescentes que padecen el TOC. Los estudios probaron su eficacia y obtuvieron la aprobación de la FDA para ser utilizado como tratamiento para jóvenes con TOC.

Sin embargo, debido a que la clomipramina tiene mayores posibilidades de provocar efectos secundarios molestos que los IRSS, no suele ser el tratamiento más elegido. Los efectos secundarios posibles incluyen somnolencia, mareos, sequedad bucal, descompostura, estreñimiento, problemas sexuales, cambios en el peso o en el apetito, problemas en la vejiga, temblores y aumento del ritmo cardíaco. La advertencia de la FDA sobre los riesgos de pensamientos suicidas también se aplica a la clomipramina.

QUÉ ESPERAR DE LOS MEDICAMENTOS

Para que la TCC funcione, necesitas concentrarte realmente en la terapia, pero eso es difícil de lograr cuando los pensamientos obsesivos acaparan la mente. Los medicamentos pueden reprimir los síntomas para facilitar la concentración, una razón por la cual la combinación de TCC y medicamentos es tan eficaz.

Encontrar el mejor medicamento y la mejor dosis puede requerir de un método de ensayo y error.

Las personas responden de distinta manera al mismo fármaco de acuerdo con los factores de edad, sexo, peso, química corporal y salud general. Encontrar el mejor medicamento y la mejor dosis puede requerir de un método de ensayo y error. Sin embargo, nunca dejes de tomar el medicamento sin consultar antes con el médico, ya que dejarlo abruptamente puede conducir a síntomas molestos de abstinencia. Una vez que encuentres un antidepresivo que funcione, es probable que lo tomes al menos entre 6 y 12 meses y a veces por más tiempo.

Una desventaja de los medicamentos son los efectos secundarios posibles. Asegúrate de consultar al médico sobre los síntomas nuevos que se manifiestan apenas comienzas a tomar los nuevos medicamentos. Sin embargo, se debe sopesar el riesgo de los efectos secundarios con las consecuencias de no tratar el TOC. Si esto último sucede, el TOC puede causar un sufrimiento considerable y hacer que sea casi imposible hacer las cosas que quieres hacer. Los medicamentos pueden disminuir la angustia y los problemas cotidianos, ayudándote a recuperar tu vida.

¿De qué manera puedo pagar el tratamiento?

Una cosa es encontrar el tratamiento. Pagarlo puede llegar a ser algo totalmente diferente. Incluso si tú o tus padres cuentan con seguro médico, la cobertura para la atención de

salud mental no suele ser tan amplia como la cobertura de otros servicios médicos. Llama al número de servicio de atención al cliente del plan de seguro para averiguar qué cubre y qué no. Aquí hay algunas preguntas que puedes hacer:

- ¿Necesito la derivación del médico de cabecera antes de consultar a un psiquiatra o terapeuta?
- ¿Debo elegir al psiquiatra o terapeuta de una red de proveedores autorizados?
- ¿Cuánto es el deducible y el copago? El deducible es el monto de los costos de atención médica que tú o tus padres deben pagar de su bolsillo cada año antes de que el seguro médico comience a correr. Cuando el seguro comienza a realizar las contribuciones, a menudo paga solamente una parte de los costos de los servicios cubiertos. El copago es la parte de los costos que tú o tus padres deben pagar.
- ¿Existe un límite de cobertura para la cantidad de visitas al proveedor médico o para los días de permanencia en un establecimiento que brinda tratamiento?
- ¿Existe un límite anual o vitalicio en el monto total que el seguro pagará por los servicios de salud mental?

La mayoría de los planes de seguro médico solamente cubren los servicios que cumplen con los criterios de “necesidad médica”, lo que significa que dichos servicios son considerados médicamente adecuados y necesarios para satisfacer tus necesidades de atención médica. Si alguna vez se te niega la cobertura de un servicio que tu proveedor de tratamiento cree que necesitas, pregúntale a la compañía de seguro sobre el procedimiento que se debe seguir para apelar la decisión. Mental Health America, una organización sin fines de lucro, también ofrece sugerencias sobre este tema fáciles de entender. Visita www.mentalhealthamerica.net y busca “denegaciones de tratamiento” (treatment denials).

Si no tienes seguro privado, es posible que reúnas los requisitos para recibir cobertura a través de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés), dos programas gubernamentales que brindan atención médica y de salud mental a aquellos que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Medicaid proporciona seguro médico para personas de bajos recursos o incapacitadas que reúnen los requisitos necesarios, mientras que SCHIP provee seguro médico para niños de algunas familias de bajos recursos que no cumplen con los requisitos de elegibilidad para Medicaid. Los detalles de los programas varían de un estado a otro. Para obtener información sobre lo que tu estado ofrece, comienza por GovBenefits.gov (800-333-4636, www.govbenefits.gov). Si tienes 18 años o menos, también puedes consultar en Insure Kids Now! (877-543-7669, www.insurekidsnow.gov).

Muchas personas se encuentran en una zona gris. No poseen una cobertura adecuada a través de un seguro médico privado, pero tampoco reúnen los requisitos para los programas gubernamentales. Si te encuentras en esa situación, pregunta si el proveedor de tratamiento ofrece honorarios reducidos o algún plan de pago. Otra opción son los centros comunitarios de salud mental. Proporcionan una amplia variedad de servicios de salud mental, independientemente de si puedes pagarlos o no. Los cargos se establecen

mediante una escala móvil, teniendo en cuenta los ingresos de tus padres y el costo de los servicios prestados. Además, si tienes problemas para pagar los medicamentos, muchas empresas farmacéuticas ofrecen programas de asistencia a personas con necesidades económicas. Para obtener más detalles, comunícate con la Partnership for Prescription Assistance (888-477-2669, www.pparx.org).

Finalmente, si tienes la oportunidad, puedes considerar la idea de ofrecerte como voluntario para participar en un ensayo clínico sobre los tratamientos para el TOC. Al participar, puedes acceder a una atención de alta calidad de manera gratuita. Antes de inscribirte, se te dará información completa sobre los riesgos potenciales y los beneficios. Si eres menor de edad, un padre o tutor deberá dar su consentimiento. Para obtener más información sobre los ensayos clínicos y buscar los que soliciten voluntarios en tu región, consulta las listas de la National Library of Medicine (www.clinicaltrials.gov).

¿Qué estrategias de autoayuda son de utilidad?

El TOC es una enfermedad grave que necesita de atención profesional. Sin embargo, una vez que hayas comenzado la psicoterapia y/o a tomar los medicamentos, hay cosas que puedes hacer por ti mismo para sentirte mejor y para sacar el mejor provecho del tratamiento. Para mí, la meditación y el karate fueron inestimables. Estas son algunas sugerencias generales para que puedas ayudarte a ti mismo:

- Cumple con el plan de tratamiento. En ocasiones, es posible que te sientas incómodo o impaciente, pero no te rindas. La perseverancia tiene su compensación; así lo demuestra mi propia experiencia.
- Considera la posibilidad de ser parte de un grupo de apoyo. Este es un grupo de personas con un problema en común, que se reúnen para brindarse apoyo emocional, compartir consejos prácticos y, en ocasiones, recursos educativos. El sólo hecho de conocer a otras personas que luchan contra los desafíos a los que tú te enfrentas puede brindar muchísima tranquilidad. Al menos, te permite saber que no estás sólo en esta lucha. La Obsessive-Compulsive Foundation (www.ocfoundation.org) y la Anxiety Disorders Association of America (www.adaa.org) ofrecen listas en Internet de grupos de apoyo en todo el país.
- Consigue la ayuda de tus seres queridos. Los familiares y amigos pueden ser fuentes de apoyo y aliento sin igual cuando te topas con baches a lo largo del camino hacia la recuperación.
- Realiza actividad física con regularidad. Los resultados de un pequeño estudio sugieren que el ejercicio aeróbico regular puede ayudar a reducir los síntomas del TOC. El ejercicio aeróbico es el tipo de ejercicios que utiliza los músculos grandes de los brazos y las piernas, y acelera el ritmo cardíaco por un periodo prolongado. Los ejemplos incluyen correr, caminar a paso ligero, ir en bicicleta, nadar, patinar sobre ruedas y esquiar campo a través. Por supuesto, el ejercicio también tiene otros beneficios. En la lista se incluyen aumento de la autoestima, lucha contra la depresión, tonificación de músculos,

Los resultados de un pequeño estudio sugieren que el ejercicio aeróbico regular puede ayudar a reducir los síntomas del TOC.

desarrollo de huesos fuertes y mantenimiento de peso saludable.

- Infórmate sobre el TOC. Mientras más conozcas a la enfermedad, mejor preparado estarás para maximizar los beneficios del tratamiento. También estarás listo para sobrellevar los síntomas apenas aparezcan y para obtener ayuda apenas la necesites.
- Evita buscar soluciones químicas. El abuso del alcohol y las drogas sólo crea problemas nuevos sin solucionar ninguno de los antiguos. El capítulo 5 proporciona más información sobre el tema.

¿Qué es lo mínimo que debo saber?

Existen tratamientos eficaces para el TOC. Pero incluso con un tratamiento exitoso, el TOC suele ser un trastorno de larga duración. Mientras que los síntomas pueden mejorar, es probable que no desaparezcan totalmente. Los síntomas que permanezcan pueden manifestarse y desaparecer por años. A veces, pueden desaparecer por completo y sólo regresan cuando te sientes estresado. Por esta razón, es mejor pensar en el manejo del TOC como una tarea a largo plazo, no como algo que haces una vez y luego te olvidas.

La buena noticia es que una vez que hayas dominado algunas técnicas básicas para resistir las conductas del TOC, puedes utilizarlas una y otra vez. La TCC, ya sea por sí sola o combinada con medicamentos, enseña habilidades que duran toda la vida y que pueden ayudarte no solamente a sentirte mejor ahora, sino también a mantener la mejoría en el futuro.

Cosas de escritura

En un momento, el médico me sugirió que comenzara a escribir un diario. La idea era llevar un registro de los disparadores y los temores para poder discutirlos en terapia. Sin embargo, descubrí que los beneficios de escribir sobre lo que sucedía en mi vida iba mucho más allá de simplemente ejercitar la memoria. Le dedicaba mucho tiempo a los pensamientos de posibles catástrofes, independientemente de lo inverosímil o irracional que pudiera parecer. Era muy difícil sostener esos temores para someterlos al escrutinio de otra persona. De hecho, aún me avergüenza admitir algunos de mis antiguos temores, incluso los que ya hace mucho tiempo que tengo bajo control.

Pero “hablar” con mi diario personal era un tema totalmente diferente. Aprendí a compartir mis pensamientos y sentimientos más profundos sin contenerlos. Es sorprendente lo que puedes expresar en papel; a veces son cosas que son más difíciles de decir en voz alta. Eventualmente, comencé a sentirme cómodo al compartir algunas de estas reflexiones con mi terapeuta. Y eso, a su vez, facilitó el desahogo. Gracias a mi diario, aprendí a expresar lo que me sucedía de una manera clara y coherente.

Mi pasión por la escritura nació allí. Como te imaginarás, esa es la razón por la que existe el presente libro. Resultó ser que en realmente escribía por mi vida.

Rituales, rutinas y recuperación: cómo vivir con el TOC

Mi historia

Cuando estaba cursando el tercer año de la escuela secundaria experimenté las obsesiones más espantosas y aterradoras. Estos pensamientos intrusos incluían imágenes que se superponían al mundo que me rodeaba como si fueran láminas de acetato. Por ejemplo, en medio de una conversación con mi mejor amiga, Corrine, me veía de repente enterrando un hacha en su pecho. Era el pensamiento más aterrador que podía tener, ya que amaba a Corrine (y aún lo hago). Sin embargo, este tipo de imágenes volvían fortuitamente y, cuando lo hacían, me quedaba temblando.

También comencé a temer que si no le decía al terapeuta todo lo que había hecho a lo largo del día, se descubriría que había omitido la parte en la que había matado a alguien y dejado el cadáver en el bosque. Que yo sepa, nunca maté a nadie y, por cierto, nunca dejé un cadáver en el bosque. Sin embargo, los pensamientos volvían. Ese era el TOC diciéndome que había hecho algo moralmente censurable.

En ocasiones, en medio de la sesión de terapia, le decía al terapeuta que temía golpearlo o infringirle algún daño corporal de otra manera. Esperaba que se sintiera horrorizado y ofendido, pero me explicó que esa era una creencia muy común entre las personas que reciben tratamiento para el TOC. Si los pensamientos violentos realmente se deben al TOC, existen muy pocas posibilidades de que se conviertan en actos de violencia reales. Sin embargo, pueden conducir fácilmente a los rituales compulsivos. En mi caso, confesaba de forma exhaustiva cada pecado. A veces lo hacía sentado sobre las manos para asegurarme de que no haría algo terrible.

Una y otra vez, decía que no creía haberlo hecho, pero, ¿y si lo había hecho?

También había ocasiones en las que en mi mente me veía violando o abusando de alguien, y las imágenes me daban un susto bárbaro. Cuando le contaba al terapeuta sobre esos pensamientos intrusos, comenzaba a temblar. Una y otra vez, decía que no creía haberlo hecho, pero, ¿y si lo había hecho? ¿Qué pasaba si era un violador serial súper malvado que había descubierto la manera de eludir a la policía y al FBI cuando otros habían fallado? Me sentía aterrorizado con la posibilidad de estar llevando una doble vida: dulce por fuera pero con una personalidad por dentro que hacía que Jack el Destripador pareciera un escultista.

Mirada fija en el TOC

El Dr. C., mi terapeuta cognitivo-conductual, posee títulos en varios campos, uno de los cuales es la teología. Eso me hacía preguntarme si quizás debía confesarle mis pecados en lugar de explicarle mis obsesiones. Y aunque temía que pudiera ser una especie de asesino serial, con el tiempo, pude aceptar lo que me había garantizado el Dr. C.: que no lo era. Al

principio tenía dudas, pero confiaba en el hombre. Era una persona que no solamente era un médico que curaba mental y emocionalmente a las personas, sino que además tenía una conexión con Dios. Creía que dicha conexión le obligaría a clavarme una estaca en el corazón si pensaba que estaba tan cerca del mal como yo lo suponía.

El Dr. C. me preguntó si disfrutaba los pensamientos violentos, una pregunta muy sencilla que probablemente debería haberme formulado yo mismo antes. Mi reacción inmediata fue que *por supuesto* no los disfrutaba. Los pensamientos eran tan terribles a veces que no podía conciliar el sueño y tenían que administrarme sedantes debido a la dificultad para respirar y las palpitaciones causadas por el pánico. Luego, el Dr. C. formuló otra pregunta realmente buena que debería haber sido obvia: ¿era posible que fuera un asesino malvado si sólo pensar en la violencia me provocaba tanta angustia? Finalmente, el Dr. C. me preguntó si la policía me había interrogado. Le contesté que no. Me di cuenta en ese momento que me estaba mostrando lo completamente ilógico que era creer que las horribles imágenes eran reales.

Lo que hicimos a continuación fue extremadamente desconcertante. El Dr. C. me pidió que hiciera asociaciones libres relacionadas con toda clase de actos violentos, particularmente aquellos que me parecían aborrecibles e imperdonables, como abuso, violación y asesinato. Pasé por palabras dignas de un tesoro y después seguí con las palabras que me habían hecho pensar sobre dichos pensamientos violentos. El Dr. C. anotó todo en su bloc de notas. Cuando terminó, me preguntó si estaba de acuerdo en que me mostrara lo que había escrito. Me sorprendió que ese pedido me asustara tanto.

En la página había palabras tan viles y perturbadoras que iban en contra de todo lo que para mí era sagrado e importante. Los actos que se mencionaban allí distaban muchísimo de lo que yo creía que era moralmente correcto y no estaban ni remotamente cerca de lo que yo haría. Mientras miraba fijamente las palabras, imágenes de las escenas más horribles que podía imaginar me cruzaban por la mente como una trepidante proyección de diapositivas. Me sentía aterrorizado. Según me dijo el Dr. C., ese era el primer paso para enfrentarme al TOC.

Tenía ganas de vomitar sobre la alfombra. Me sentí impulsado a llamar a todos los que tuvieran una figura de autoridad en mi vida y pedirles que controlaran en su zona para asegurarse de que no había hecho nada malo o que no hubiera lastimado a alguien. También sentí un impulso de llamar a la policía para asegurarme de que no había ningún informe de personas desaparecidas o escenas de crimen que coincidieran con las imágenes en mi cabeza. Pero no había hecho esas cosas. En realidad, tan sólo estaba sentado, sudando, empapando la camisa con lágrimas saladas y sudor. En síntesis, pasé por los pasos básicos de la EX/RP: exposición más prevención de la respuesta.

Me dio mucha fuerza saber que las cosas que yo más temía de mí mismo eran extremadamente inverosímiles y, en algunos casos, absolutamente imposibles. Sin embargo, las palabras no perdieron la habilidad de provocarme ansiedad de la noche a la mañana. Al terminar la sesión de terapia, tomé la lista y la guardé, sintiendo prácticamente que necesitaba una bolsa para materiales biológicos peligrosos. Luego de varias exposiciones, sin embargo,

*Me dio mucha fuerza
saber que las cosas que
yo más temía de mí
mismo eran
extremadamente
inverosímiles...*

pude conocer a fondo las palabras. Incluso me expuse a la violencia de los medios de comunicación desafiándome a mí mismo y preguntándome si alguna vez, siquiera remotamente, podría llegar a ser el tipo de persona que lleva a cabo cosas tan terribles.

Uno de los puntos a favor era que tuve el privilegio de mirar algunas películas de terror verdaderamente crueles que los otros muchachos de la escuela no podían mirar. Algunos de ellos incluso estaban celosos de la terapia.

La vida más allá de la escuela secundaria

Antes de descubrir la EX/RP, me encontraba en la lucha, no solamente contra los síntomas del TOC, sino también contra los problemas relacionados con dicho trastorno. Como lo descubrí más tarde, es bastante común padecer otros problemas psicológicos y conductuales además del TOC. En mi caso, consumía drogas para hacer desaparecer el dolor y también fumaba cigarrillos, un enfoque sarcástico al suicidio superficial y gradual. En varias ocasiones, también tuve que luchar contra los ataques de pánico, la depresión y los tics recurrentes.

Cuando comencé a tener los síntomas bajo control con un tratamiento efectivo, pude progresar bastante. Dejé de fumar, me gradué con honores de la escuela secundaria y comencé a sentirme más cómodo con mi manera de ser. Sin embargo, no fue una cura repentina y milagrosa, y dicha comodidad tenía sus límites. Aunque los síntomas se moderaron y eran más manejables, no desaparecieron.

En la universidad, comencé a permitir que las obsesiones y los rituales regresaran a mi vida como huéspedes no deseados que no estaban dispuestos a irse. El horario de las actividades universitarias me imponía una rutina que cumplía con precisión todos los días, incluso de manera compulsiva. Pasé casi toda la carrera universitaria utilizando diversos despertadores a la vez, poniéndolos en horas distintas en una secuencia impredecible. También me aseguraba de que cada despertador se encontrara a cinco pies de distancia de la cama para que no pudiera presionar el botón de repetición y siguiera durmiendo. Aún así, no dormía lo suficiente por la eterna ansiedad que me provocaba la posibilidad de perderme un sólo minuto de clases.

El estrés de no poder dormir lo suficiente combinado con la transición a la vida universitaria fue duro para mí. Casi todos los adolescentes anhelan tener más libertad. Pero, de repente, dejarse caer en una situación con muy pocas restricciones después de la estructura de un internado terapéutico fue más duro de lo que esperaba. Por supuesto, no era el único que me sentía de esa manera. Muchos estudiantes de primer año de la universidad quedan impresionados al descubrir que la libertad puede ser demasiada. Sin embargo, cuando se le suman los síntomas del TOC a la mezcla, la presión puede parecer insoportable.

Acumulación compulsiva 101

Los estudiantes universitarios no son conocidos por ser ordenados, así que cuando vives en el sótano de una residencia, como era mi caso, la suciedad es inevitable. Me resigné a la idea de que estaba constantemente rodeado de gérmenes y que no podía hacer nada al respecto. En ese ambiente, progresé mucho en la superación de los temores a la contaminación, pero surgieron nuevos problemas con la acumulación compulsiva.

En la universidad, es fácil convertirse en una persona que guarda objetos inútiles.

Tomé el hábito de arrojar cosas en el escritorio entre clases y actividades sociales. Más tarde, metía todo en un cajón o los sacaba de mi vista a empujones. Para la mayoría de los alumnos, esto puede conducir, a lo sumo, a tener una habitación desordenada. En mi caso, desencadenó una tendencia a la acumulación compulsiva.

A lo largo del primer año de la universidad, al igual que muchas personas, pasé por un tipo de reinención de mí mismo que incluía mejorar la manera de vestirme. Compré un nuevo guardarropa, pero me quedé con toda la ropa que ya no usaba. Calculo que utilizaba hasta un 75% del espacio del armario para guardar ropa que no me iba o que no me gustaba. El temor era que si tiraba todo, perdería algo de mí mismo. Aunque muchas personas se sienten así por una manta o por su viejo suéter favorito, yo me sentía de esa manera por todo lo que poseía. No podía desprenderme de nada, hasta llegar al punto de lo absurdo. Lo que es más, necesitaba tener todo a mano.

Además de la ropa, también guardaba toda clase de equipos de computación por si alguna vez los necesitaba, lo que significaba que pensaba guardarlos para toda la eternidad. Como técnico que armaba computadoras con piezas viejas en desuso, mi trabajo era extraer lo que necesitaba de las máquinas que funcionaban bien y tirar el resto. En lugar de deshacerme, mi oficina del edificio de ingeniería estaba llena hasta el techo de ventiladores, disquetes y cables. Cuando me obligaban a justificar el hecho de que guardaba todas esas cosas, me ponía a la defensiva, creando escenarios elaborados en los que podría necesitar una unidad de disquete de 5 pulgadas en el futuro aunque se habían vuelto obsoletas hacía casi dos décadas. A veces tenía la abrumadora sensación de que, si no tenía las piezas a mano, algún día no estaría preparado para una catástrofe.

Y también estaban los montones de papel. Recuerdo pasar la mirada por mi habitación de la residencia pensando que se estaba encogiendo gradualmente de manera inexplicable. Esa noche, mientras examinaba cuidadosamente los cajones, una pila de recibos de librerías, farmacias y varias docenas de lugares más cayó al piso. Cuando saqué un baúl grande que estaba debajo de mi cama, encontré más recibos adentro.

En mi estante, tenía un bibliorato con varias carpetas diseñadas para guardar recibos y registrar operaciones, cuyo fin era ayudarme a organizar la economía. Pero, aunque dicho objetivo era noble, ese no era el verdadero motivo. La fuerza impulsora era un temor inexplicable a que uno de esos días necesitara imperiosamente proveer evidencia de que había pagado un artículo. También me preocupaba que mi información personal pudiera filtrarse si no la mantenía guardada, y eso significaba no tenerlos desparramados por ahí. El problema era que guardaba los recibos de cada artículo que había pagado por tiempo indefinido.

El problema era que guardaba los recibos de cada artículo que había pagado por tiempo indefinido.

Tenía un espacio tan limitado que no podía racionalizar la acumulación compulsiva por mucho tiempo. No podía darme el lujo de seguir juntando basura superflua si no quería ser desalojado por razones sanitarias. Además, estaba comenzando a perder la tarea que debía entregar entre las pilas de tareas que había hecho hacía ya tiempo.

Sin embargo, pensaba que nunca podría estar absolutamente seguro de que un

pedazo de papel o cierta información ya no me era útil. Guardaba todas las hojas de tarea, diciéndome que un día mis profesores podrían perder todo mi trabajo y debería volver a hacerlo. Muchos de los papeles eran tareas que no necesitaba y que había entregado hacía mucho tiempo o borradores de ensayos que ya habían sido corregidos, así que una parte de mí se daba cuenta de que era improbable que fueran de utilidad, pero la sola idea de desprenderme de ellos aún me aterraba.

Limpieza y orden

Me di cuenta de que era hora de intervenirme seriamente: limpiar los cajones, ordenar los estantes y revisar el baúl y el armario. Gracias a un golpe de suerte, Radio Shack tenía una liquidación de trituradoras de papel del tipo de uso industrial que hace cortes transversales. Compré una e hice una pila de papeles de los que me quería deshacer. De inmediato sentí pánico y tuve que correr hacia afuera para respirar profundamente.

Después de convencer a un amigo para que entrara conmigo nuevamente, pude comenzar finalmente la destrucción de muchas libras de papel bajo el disfraz de hacer alarde de mi juguete nuevo. Nunca subestimes el deseo de un joven varón de demostrar su masculinidad destruyendo cosas. El encanto del chirrido de los engranajes no pasó desapercibido entre mis amigos y, eventualmente, terminé dando lo que denominé una fiesta de tiras de papel. Siete bolsas más tarde, se podía ver el polvo nublando la habitación proveniente de los engranajes que destrozaban todo ese papel. No he vivido sin una trituradora desde ese momento.

A continuación, decidí seguir con la ropa vieja que ya no usaba. Primero tomé grandes bolsas de papel marrón y las llené con chaquetas viejas. Después comencé a llenar bolsas de basura con ropa de diseño exclusivo para patinadores. Cuando doné las bolsas a Goodwill, me di cuenta de que había conseguido no solamente realizar una exposición para mí, sino que también había ayudado a otros menos afortunados, una retribución por la inversión de tiempo, energía y esfuerzo que valía la pena.

Finalmente, me deshice de los viejos equipos de computadora que había estado guardando para cuando los necesitara, momento que nunca llegó. Me gustaban muchísimo (y aún me gustan) las computadoras y la tecnología, así que tenía muchos equipos. Saqué los componentes viejos y los desarmé por completo. Luego les quité el polvo, volví a pintar un par, instalé piezas actualizadas, y armé computadoras completas de la basura que había estado invadiendo mi espacio personal. Las doné a una organización sin fines de lucro local que brinda servicios y apoyo a sobrevivientes de abuso doméstico. Así que en otra exposición, no solamente agudicé mis habilidades para reparar computadoras, sino que también armé computadoras nuevas para personas que realmente las necesitaban. Eso es algo para sentirse doblemente bien.

Panorama general

El TOC puede ser tu peor enemigo y tu mejor amigo a la vez. Cada vez que superaba las conductas y los pensamientos obsesivos-compulsivos, aprendía más sobre mí mismo y tomaba más control de mi vida. Como resultado, sinceramente tengo la peculiar opinión de que algo bueno ha resultado de la enfermedad. No puedo afirmar con honestidad que estoy agradecido por el TOC, pero sí creo que me ha hecho una mejor persona y más

fuerte.

La comorbilidad, en otras palabras, la coexistencia de dos o más trastornos en la misma persona, aumenta el desafío. Los profesionales de salud mental utilizan criterios estrictos para definir los diferentes trastornos a los fines de diagnóstico, tratamiento e investigación. Esto crea la ilusión de que son categorías claramente definidas y ordenadas. Pero la vida real es mucho más desordenada y muchos adolescentes manifiestan síntomas de más de una afección.

Despeja tu vida

Ser una persona común y corriente que acumula cosas inútiles es una cosa. Pero acumular cosas de manera compulsiva es totalmente distinto. La acumulación compulsiva —la acción de guardar excesivos artículos que tienen poco o nada de valor— es un problema grave que necesita de tratamiento profesional. Además de seguir con el plan de tratamiento, estos pasos pueden ayudarte a encontrar la salida del desorden:

- Obtén más información sobre el problema. Un buen lugar por donde comenzar es el sitio web de la Obsessive-Compulsive Foundation's Compulsive Hoarding (www.ocfoundation.org/hoarding).
- Sal y socializa. Si te da vergüenza invitar gente, encuéntrate con tus amigos en sus casas o en lugares públicos.
- Mantén la higiene. Puede resultarte difícil quitarle el polvo a las mesas, aspirar pisos o encontrar ropa limpia entre pilas de cosas, pero no dejes que eso te detenga.
- Dona o recicla artículos que no necesites. Estas alternativas, y no simplemente tirar las cosas, te permiten ayudar a otros mientras te ayudas a ti mismo.
- Si eres de los que acumulan materiales impresos, considera la posibilidad de comprar una trituradora. Abre el correo al lado de la misma y sólo conserva lo esencial.
- Sigue el mismo método con el correo electrónico: guarda solamente lo que necesites realmente y elimina el resto. Elabora un sistema eficaz y viable para archivar los correos electrónicos que guardes.

Como ya he mencionado, me enfrenté con varios desafíos que incluían la depresión, el abuso de sustancias y un trastorno de tics, además del TOC. Aprendí que era importante tratarlos a *todos*. De lo contrario, los síntomas tendían a alimentarse unos de otros y a mantener los problemas. Es difícil concentrarse en el TOC en la terapia, por ejemplo, cuando la depresión hace tambalear la motivación o las drogas debilitan la capacidad de pensar claramente. Esa es una de las razones por las que el tratamiento debe

ser personalizado. Eres único, y también lo son la combinación exacta de tus síntomas y afecciones.

Víspera del día de Todos los Santos

He tenido problemas con los días festivos desde que tengo memoria. No es que no me gusten, pero la inquietud colectiva de las personas que me rodean se suma al estrés de un día importante y contribuye a la ansiedad. De alguna manera parece que se les presta más atención a los pensamientos intrusos simplemente porque es un día particular en el calendario.

La víspera del día de Todos los Santos es un día festivo con el que no tengo inconvenientes. Pero mientras me encuentro escribiendo este pasaje en la mañana del 31 de octubre, la escrupulosidad comienza a surgir. Para brindarles un poco de información, unos meses atrás me encontré sintiéndome cada vez más deprimido. Acababa de graduarme de la universidad y el mundo no parecía tan amable ni tan lleno de oportunidades como me habían hecho creer. Después, cuando menos me lo esperaba, me ofrecieron la oportunidad de escribir este libro. Aunque fue una sorpresa maravillosa y una oportunidad increíble, también significó que tenía que enfrentarme a nuevas tensiones y presiones.

Recurrí a una fuente de fortaleza que había estado descuidando últimamente: la oración. Avergonzado por no haber mostrado gratitud a un poder superior de la manera en la que me habían enseñado durante la recuperación de la adicción, comencé a rezar un poco todos los días. Al principio, la oración era una fuente de consuelo. Luego, sin previo aviso, sentí repentinamente que necesitaba el permiso de Dios para hacer cualquier cosa y creía que, desde arriba, no me miraban con buenos ojos.

Lo que me lleva a la víspera del día de Todos los Santos. Esta noche, mi novia y yo daremos una fiesta de disfraces. El tema es el Bien contra el Mal, y los invitados deben aparecer vestidos como miembros de un lado o del otro. De alguna manera, es la exposición extrema, ya que estaré obligado a enfrentarme cara a cara con las cosas que me provocan muchísima ansiedad. He elegido el lado del Bien, con lo que en realidad es difícil sentirse cómodo.

Mientras diseñaba el folleto del evento, tenía el pensamiento reiterado de que estaba explotando a Dios para mi beneficio personal, un acto que seguramente me convertía en hereje. Ahora que ya casi ha llegado el momento de la fiesta, aún me siento incómodo. Sin embargo, también creo que divertirse y animar a las personas, y que hacerlo con fiestas y camaradería en lugar de alcohol y marihuana es algo bueno. Estoy decidido a hacer que esta sea una experiencia positiva: otro paso en el camino hacia la recuperación.

¿Cómo afecta el abuso de sustancias al TOC?

Técnicamente hablando, el abuso de sustancias se refiere a la utilización del alcohol u otras drogas a pesar de sus consecuencias negativas. Los resultados no deseados pueden incluir tener un comportamiento peligroso, como conducir de forma imprevisible, participar en peleas, tener relaciones sexuales sin protección o ponerse en situaciones en las que se esté en riesgo de sufrir agresión sexual o física. Además, se pueden tener consecuencias personales y sociales, tales como discutir, faltar a clase o manifestar problemas de salud relacionados con la sustancias. También están las cuestiones legales, como consumir bebidas alcohólicas cuando eres menor de edad, conducir bajo la influencia de drogas ilegales o consumirlas. En general, el abuso de sustancias puede hacer estragos en tu vida.

... el alcohol u otras drogas pueden, en realidad, desencadenar o empeorar la ansiedad en ciertas personas.

Algunas personas que padecen el TOC, entre las que me encontraba en un tiempo, se vuelcan al alcohol o a otras drogas como una forma equivocada de aliviar la angustia. Al principio, puede parecer una solución rápida. A la larga, sin embargo, solamente crea más problemas que van de la mano de los más antiguos. Para empeorar las cosas, el alcohol u otras drogas pueden, en realidad, desencadenar o empeorar la ansiedad en ciertas personas.

Una de las preguntas más comunes es de qué manera se relacionan la conducta adictiva con los rituales del TOC. A menudo escuchas hablar del consumo de drogas como “compulsivo”. Sin embargo, desde el punto de vista científico, eso es erróneo. Las personas adictas a las drogas se sienten impulsadas a consumirlas porque les proporciona un placer temporario. (Lo mismo sucede con otros tipos de conductas adictivas, por ejemplo, la adicción al juego). A diferencia de ello, las personas que padecen el TOC se sienten impulsadas a repetir los rituales compulsivos porque les brinda un alivio temporario a la ansiedad. En ambos casos, sin embargo, el beneficio que se obtiene es de corta duración. A la larga, tanto la conducta adictiva como los rituales del TOC te hacen sentir peor, no mejor.

Si crees que puedes tener un problema con el alcohol u otras drogas, busca ayuda. Aunque muchas personas crean que pueden sacarse el problema de encima sin la ayuda de nadie, es difícil, y padecer el TOC lo hace más difícil aún. Si ya estás recibiendo tratamiento para el TOC, sé honesto con el terapeuta o con el médico sobre el consumo de alcohol y drogas. Si aún no estás en tratamiento, habla con algún adulto que pueda contenerte, como uno de tus padres, un enfermero de la escuela o el médico de cabecera.

La marihuana en el cerebro con TOC

Es insensato creer que como adolescente no te vas a enfrentar con el riesgo o la presión de consumir marihuana en las fiestas. En nuestra cultura, la experimentación con las drogas puede ser considerada como una parte normal del crecimiento, para mejor o para peor. Pero debes saber que la marihuana puede afectar de manera negativa el cerebro de los que padecemos

el TOC, especialmente si tomamos medicamentos.

Algunas personas con TOC defienden fervientemente el consumo de marihuana y alcohol, ya que lo utilizan como un intento de contrarrestar las obsesiones. Se dice que la yerba engaña a la gente con TOC y otros trastornos de ansiedad con la sensación de que el TOC ha desaparecido, aunque solamente por un tiempo. Sin embargo, cuando los efectos pasan o los consumidores “entran en el bajón”, los síntomas del TOC regresan para vengarse. Los problemas que tratabas de evitar consumiendo yerba siguen allí, y pueden volverse más confusos cuando vuelves a la sobriedad. Es más, el consumo de marihuana y otras drogas pueden dificultar en gran medida la terapia cognitiva al afectar las funciones de aprendizaje o cognitivas. Los mecanismos por los cuales la marihuana afecta el cerebro aún no se entienden claramente, ni siquiera los expertos están seguros, así que la investigación continúa en esta área.

Además, la yerba y el alcohol, al igual que todas las drogas, interactúan con otros fármacos psicoactivos o psiquiátricos, y no para bien. El alcohol cambia la manera en la que la sangre transporta los nutrientes, y dado que el hígado tiene la función de descomponer el alcohol y las drogas que consumes (legales o ilegales), su capacidad de procesar los medicamentos se ve comprometida. Combinar el alcohol con los fármacos psiquiátricos, en particular los IRSS, puede ser muy arriesgado y puede llevarte al hospital. Puedo asegurarte que no vale las cuatro o cinco horas en las que estás dando tumbos en la oscuridad cantando “Yankee doodle”.

Aparte del sabor horrible del alcohol, he descubierto que los efectos de la droga que provocan desorientación intensifican la ansiedad, que es lo que menos quiero, ya que tengo bastante ansiedad. Gracias, pero no. Sin embargo, tenía que cometer mis errores para descubrirlo por mí mismo. Como ya lo he dicho antes, no es mi trabajo ser un oficial de la Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E) y decirte lo que puedes y no puedes hacer. Solamente te transmito los hechos. Tuve tu edad una vez, pero aún soy joven. Mis amigos beben y algunos fuman marihuana. Les dije que no podía correr el riesgo y que no quiero consumir esas drogas, y dado que son verdaderos amigos, lo respetan. No tienes que probarle nada a nadie, y ciertamente no eres “débil” sólo porque no te drogues ni bebas.

Si te encuentras en alguna situación en la que hay alcohol o yerba, hazle saber a tu amigo más cercano —a veces es mejor hacerlo con antelación— que necesitas a alguien que te defienda o incluso que distraiga las miradas dirigidas hacia ti. Explícale por qué no puedes, o incluso mejor, por qué no quieres consumir drogas. Los buenos amigos se cuidan mutuamente.

¿Cómo se relacionan los trastornos de tics con el TOC?

Los tics son movimientos o vocalizaciones repentinas, rápidas y repetidas que no tienen

ningún propósito útil. Entre los ejemplos de tics físicos se encuentran los movimientos reiterados y sin propósito alguno, como sacudir la cabeza, hacer muecas faciales, parpadear y sacar la lengua. Entre los ejemplos de tics vocales se encuentran los movimientos reiterados y sin propósito alguno como chasquear, gruñir, husmear o toser. Los tics vocales también incluyen la repetición reiterada y carente de significado de sonidos o palabras. Casi un 30% de las personas que padecen el TOC afirman padecer tics en algún momento de sus vidas.

Entre el 5% y el 7% de las personas con TOC presentan el síndrome de Tourette en estado avanzado, que se caracteriza por tics frecuentes y múltiples. Para que a una persona se le diagnostique el síndrome de Tourette, debe manifestar varios tics físicos y, al menos, uno vocal en algún punto de la enfermedad, aunque no necesariamente presente todos al mismo tiempo. Los síntomas suelen empeorar a lo largo de los primeros años de la adolescencia. Suelen mejorar durante los últimos años de esa etapa o poco después de cumplir los veinte. Algunas personas se liberan de los síntomas.

Algunos tics se asemejan a los rituales compulsivos. Pero a diferencia de los rituales, los tics no buscan reprimir un pensamiento molesto o evitar que algo malo suceda. En lugar de ello, son una respuesta física a la tensión de una parte del cuerpo que siente como si necesitara ser liberada, muy parecida a las ganas de estornudar.

Los genes pueden constituir una razón por la que los tics y el TOC coexisten tan a menudo. Los familiares más cercanos a las personas que padecen el TOC tienen un riesgo mayor de presentar trastornos de tics. Lo mismo sucede a la inversa: los familiares más cercanos a las personas que padecen el síndrome de Tourette y otros trastornos de tics tienen un riesgo mayor de padecer el TOC. Las investigaciones sugieren que en algunos casos (pero no en todos), el TOC y el síndrome de Tourette pueden ser distintas manifestaciones de la misma variación genética.

Los tics por sí solos no suelen causar problemas graves, por lo que cuando las personas padecen tics y el TOC, el tratamiento se suele concentrar principalmente en este último. Sin embargo, la TCC puede ayudar a las personas a aprender no solamente la manera de manejar las obsesiones y compulsiones, sino también la manera de sobrellevar los tics frecuentes. Algunas técnicas terapéuticas también pueden ayudar a la gente a aprender a reemplazar un tic por otro que sea más aceptable socialmente. En forma conjunta, estas técnicas suelen ser denominadas entrenamiento para la modificación de hábitos. Si los tics son graves, se pueden recetar medicamentos.

... la TCC puede ayudar a las personas a aprender no solamente la manera de manejar las obsesiones y compulsiones, sino también la manera de sobrellevar los tics frecuentes.

¿Cuáles son los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo?

El término “trastornos del espectro obsesivo-compulsivo” se utiliza a veces para el grupo de trastornos que se asemejan, al menos en la superficie, a las obsesiones o compulsiones, y que pueden responder a algunos de los tratamientos del trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, el concepto del espectro obsesivo-compulsivo aún se encuentra en debate. La idea es que esos trastornos similares en apariencia pueden tener las mismas raíces genéticas y biológicas que el TOC. Pero aunque varios trastornos mentales y conductuales

se dan más comúnmente en las personas que padecen el TOC, no se puede saber a ciencia cierta si comparten las causas.

Esas son algunas de las afecciones que han sido agrupadas con el rótulo de espectro obsesivo-compulsivo. Cualquiera sea la razón, las personas que padecen el TOC pueden tener un riesgo mayor que el promedio de manifestar las siguientes afecciones:

- **Trastorno dismórfico corporal:** trastorno por el cual la persona se preocupa excesivamente por algún defecto imaginario en su aspecto físico que le provoca una angustia grave o le trae problemas en la vida diaria. Las personas con este trastorno pueden llegar a obsesionarse por cualquier cosa, desde un diente torcido o el acné hasta los huesos de las rodillas o la delgadez de los brazos. También pueden tener algunas compulsiones relacionadas con la manera de verse, como mirarse reiteradamente en el espejo. Pero los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas se limitan a las preocupaciones por el aspecto físico. En contraste, el TOC no se limita a esas preocupaciones.
- **Hipocondría:** trastorno en el que las personas se preocupan porque creen padecer una enfermedad grave a causa de una mala interpretación de sensaciones y señales corporales inofensivas. Los que padecen el trastorno se aferran firmemente a esta creencia, incluso cuando los examina un médico, se les practican los exámenes médicos adecuados y se les asegura que todo está bien. Las personas con hipocondría pueden tener pensamientos intrusos sobre la enfermedad y también pueden padecer algunas compulsiones relacionadas, como tomarse la temperatura en forma reiterada. Pero las obsesiones y compulsiones se limitan a las inquietudes por las enfermedades. Aunque muchas personas que padecen el TOC también se preocupan por las enfermedades, se dan cuenta de que su preocupación es exagerada y pueden llegar a obsesionarse con otras cosas también. Además, las personas que padecen el TOC se suelen preocupar más por las enfermedades que pueden tener en el futuro, en lugar de pensar que ya tienen la enfermedad.
- **Anorexia nerviosa:** trastorno alimentario en el que las personas tienen un temor intenso a subir de peso o a engordar, aunque su peso esté por debajo de los límites normales. Las personas que padecen anorexia restringen la ingesta de alimentos de manera estricta, muchas veces hasta llegar casi a la inanición. Se preocupan demasiado por las medidas y la silueta corporales, y creen que tienen sobrepeso o que alguna parte de su cuerpo es demasiado gorda a pesar de toda la evidencia que indica lo contrario. Es posible que controlen de cerca las medidas corporales, por ejemplo, pesándose en exceso, tomándose medidas de manera reiterada o controlándose en el espejo con frecuencia. Sin embargo, las obsesiones y compulsiones se limitan a las inquietudes por el peso corporal. El TOC, por otra parte, no está tan limitado.
- **Bulimia nerviosa:** trastorno alimentario en el que las personas ingieren compulsivamente grandes cantidades de alimentos y luego se purgan mediante la inducción al vómito, el abuso de laxantes, los enemas o los diuréticos (fármacos que aumentan la micción). De manera alternativa, algunas personas, en vez de purgarse, compensan los atracones con el ayuno o el ejercicio desmedido. Al igual

- que con la anorexia, la persona se preocupa por las medidas y la silueta corporales.
- **Tricotilomanía:** trastorno en el que las personas se sienten impulsadas a arrancarse el cabello, lo cual lleva a una notable pérdida del mismo. La conducta no es una compulsión real, sin embargo, dado que no está impulsada por la obsesión. En realidad, las personas que padecen tricotilomanía se arrancan el cabello como respuesta a un aumento en la sensación de la tensión, que algunos describen como una picazón. Arrancarse el cabello a veces alivia la tensión o provoca placer.

Aunque existen algunas similitudes entre estos trastornos y el TOC, también existen muchas diferencias. Tampoco la superposición de estos trastornos es tan grande como te imaginas. Las personas que padecen el TOC parecen tener mayor riesgo de manifestar estas afecciones, pero el riesgo no es tan alto como el de tener el TOC más otro trastorno de ansiedad. En la misma línea, es más probable que las personas que padecen el trastorno dismórfico corporal o la tricotilomanía padezcan depresión y no el TOC. Por ahora, todavía se sigue debatiendo si el espectro obsesivo compulsivo existe.

Sin embargo, todos están de acuerdo en algo: si padeces uno de estos trastornos además del TOC, es importante que busques ayuda para ambas afecciones; de lo contrario, es posible que no puedas sacarle todo el provecho posible al tratamiento.

¿Qué otros trastornos se relacionan con el TOC?

Otras afecciones pueden ir de la mano con el TOC. Cada una de ellas presenta desafíos particulares. Entre los más comunes se encuentran otros trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos de aprendizaje.

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Muchos adolescentes con TOC también padecen otros trastornos de ansiedad. Como ya lo he mencionado en el capítulo 4, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de ansiedad social son particularmente comunes. Otros dos trastornos de ansiedad que se parecen al TOC son las fobias específicas y el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Las fobias específicas se caracterizan por un intenso temor a un animal, un objeto, una actividad o una situación específica, que es desproporcionado en relación con la amenaza real. Este temor conduce a la evitación. Es posible que las personas que padecen el TOC también eviten ciertas cosas, como los objetos sucios o “lentos de gérmenes”, aunque la conducta tiene sus raíces en la obsesión.

El TEPT se manifiesta después de un acontecimiento traumático. Entre los síntomas se encuentran la evitación, el entumecimiento emocional y el aumento de la excitación. Otro síntoma común es volver a experimentar el trauma a través de imágenes mentales vívidas. Mientras que el TOC también puede conducir a ver imágenes perturbadoras, estas se relacionan con cosas que pueden llegar a ocurrir, no a cosas que ya han sucedido.

¿Qué es el TOCP?

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) y el TOC suenan bastante parecido. Pero, en realidad, son trastornos bastante diferentes. El TOCP no incluye obsesiones o compulsiones verdaderas. En lugar de ello, tiene que ver con ser “maniático del control”, fanático de las reglas o perfeccionista, hasta llegar al punto en el que este patrón de conducta trae problemas en la vida diaria.

El TOCP comienza durante la adolescencia o la juventud. Conduce a la preocupación por el control, el orden y el perfeccionismo que dura mucho tiempo y que se puede observar en una amplia gama de escenarios. Las personas con TOCP suelen concentrarse tanto en los detalles, las reglas, las listas o los horarios que pierden de vista lo que están tratando de lograr. Pueden ser adictos al trabajo que tienen problemas para delegar tareas a los demás, o pueden ser perfeccionistas que tienen dificultad para hacer las cosas debido a que sus estándares son demasiado elevados. Los demás pueden describirlos como inflexibles, tercos o demasiado concienzudos.

Al igual que los que padecen el TOC, las personas con TOCP pueden acumular objetos muy gastados o sin valor alguno. Sin embargo, esa acumulación compulsiva no está impulsada por el temor a que ocurra una catástrofe si tiran algo. En realidad, las personas con TOCP sólo necesitan sentir que controlan sus vidas y el entorno. Debido a las diferencias existentes entre estos trastornos que parecen ser similares, no es de sorprender que solamente una pequeña parte de los adolescentes padezcan ambos.

La TCC y los medicamentos son la base del tratamiento para todos estos trastornos. Sin embargo, los detalles específicos del tratamiento pueden variar según la naturaleza exacta del problema. Si padeces otro trastorno de ansiedad además del TOC, es importante que todos ellos sean tratados en el plan de tratamiento.

DEPRESIÓN

En las conversaciones cotidianas, las personas dicen que están “deprimidas” cuando se sienten un poco tristes o si tienen el ánimo por el suelo. Cuando los médicos utilizan este término, sin embargo, se refieren a algo mucho más trascendental y de larga duración. En términos médicos, la depresión implica estar decaído o irritable la mayor parte del tiempo, o la pérdida de interés o goce en casi todo. Estas sensaciones se prolongan al menos durante dos semanas. Se las asocia con otros síntomas mentales y físicos, por ejemplo, el cambio en hábitos de alimentación y sueño, la lentitud de movimientos, la falta de energía, la baja autoestima, los problemas de concentración o los reiterados pensamientos de muerte. Los síntomas son lo suficientemente dañinos como para provocar una angustia

grave o para dificultar las actividades cotidianas.

La depresión suele coexistir con el TOC. Por razones que no se pueden precisar, esto puede llegar a darse menos comúnmente en los adolescentes que en los adultos, pero la relación sigue siendo estrecha. En general, los jóvenes con trastornos de ansiedad son ocho veces más propensos a padecer depresión que aquellos que no presentan dichos trastornos.

La TCC y los antidepresivos pueden ser eficaces para tratar no solamente el TOC, sino también la depresión. Sin embargo, la mejor combinación de tratamientos para ti depende de varios factores, incluida tu combinación personal de trastornos y síntomas. No existen dos personas exactamente iguales.

... la mejor combinación de tratamientos para ti depende de varios factores, incluida tu combinación personal de trastornos y síntomas.

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Los trastornos de aprendizaje son afecciones que producen un efecto negativo en el rendimiento de una persona en la escuela o en la capacidad para desempeñarse en situaciones diarias que requieren habilidades de lectura, escritura o matemáticas. Dichos trastornos parecen ser relativamente comunes en los jóvenes con TOC. Cuando los estudiantes con TOC también tienen trastornos de aprendizaje, suelen tener problemas con la letra, matemáticas o la lengua escrita.

Sin embargo, el TOC puede dificultar el diagnóstico de un trastorno de aprendizaje. Esto sucede debido a que ambas afecciones pueden interferir con la velocidad y la eficacia en que se realiza la tarea escolar. Es difícil establecer la diferencia entre un estudiante que se atrasó debido a los rituales del TOC y aquel que manifiesta dificultades debido a un problema de aprendizaje. Por supuesto, todos tenemos un estilo de aprendizaje único con capacidades más sólidas en algunas áreas que en otras. Por el sólo hecho de que tengas más problemas con matemática que con creación literaria, o viceversa, no quiere decir que tengas un trastorno de aprendizaje. Los profesionales buscan la brecha entre el rendimiento escolar y lo que podrías llegar a lograr según tu inteligencia y tus capacidades. Para poder identificar esta brecha se necesitan evaluaciones y exámenes llevadas a cabo por un profesional capacitado.

Si tienes un trastorno de aprendizaje, el objetivo es desarrollar fortalezas de aprendizaje mientras se corrigen y se compensan las debilidades. Los métodos de enseñanza o los servicios educativos especiales pueden ser de utilidad. Y por supuesto, si padeces el TOC, recibir tratamiento te ayuda a ubicarte en un estado mental en el que estés listo para aprender.

¿Qué perspectivas tengo para el futuro?

En la actualidad, suelo dar charlas sobre el TOC, y una pregunta que me suelen formular los adolescentes del público es qué les depara el futuro. Para mí, depende de la persona forjar su futuro. Sin embargo, muchos jóvenes adultos con TOC, incluso aquellos que

padecen el TOC junto con otras afecciones coexistentes, se gradúan de la universidad, consiguen trabajos y se enamoran. Yo he hecho todo eso, así que sé que es posible.

Cuando piensas en el futuro, es posible que te preguntes si podrás casarte y tener una familia, tener éxito en tu carrera, comprar una linda casa y lograr todos los objetivos con los que sueñas. No tengo una bola de cristal para responder esas preguntas. La vida no viene con garantía para *nadie*. Sin embargo, creo firmemente que no existe ninguna razón para que el TOC te impida hacer lo que quieras de tu vida.

El tratamiento eficaz puede volver las probabilidades a tu favor. Para la mayoría de las personas, el TOC es una afección de larga duración con síntomas que aparecen y desaparecen pero que nunca se van por completo. Alrededor de un 85% de las personas que padecen el TOC mejoran o permanecen igual con el tiempo en lugar de empeorar. La TCC, con o sin medicamentos, mejora en gran medida las probabilidades de estar incluido entre los que sí logran la mejoría. Además, seguir con el plan de tratamiento durante el tiempo recomendado te ayuda a asegurar que las mejorías sean duraderas.

Eso no quiere decir que no haya contratiempos. Es posible que algunos síntomas regresen, especialmente con el estrés. La buena noticia es que te darás cuenta en seguida qué significan los síntomas y dónde buscar ayuda. No sientas vergüenza si tienes que volver a ver al proveedor de tratamiento para un ajuste de vez en cuando. No es señal de que hayas hecho algo mal. Al contrario, es una señal de que estás haciendo algo muy bien al hacerte cargo de la situación y obtener ayuda antes de que los síntomas se agraven.

Ten en cuenta la posibilidad de sufrir caídas y prepara tu plan de batalla.

Ten en cuenta la posibilidad de sufrir caídas y prepara tu plan de batalla. De esa manera, es posible que puedas hacer que evites que esa corta caída se transforme en una recaída total y volver a la antigua manera de ser por un período prolongado. Y no te desanimes. Es mucho más fácil seguir con el progreso que ya has logrado que lo que fue sobrellevar los síntomas la primera vez.

¿Qué es lo mínimo que debo saber?

Padecer el TOC ya es difícil. Padecer el TOC junto con uno o más trastornos puede parecer terriblemente injusto. Sin embargo, cada vez que te enfrentas y superas los demonios personales, te conviertes en una persona más valiente y fuerte. Es posible que te sientas asustado, confundido y preocupado en ocasiones, pero también tendrás muchas oportunidades para crecer.

Me gustaría poder decirte que hay soluciones fáciles, pero no las hay. Superar el TOC y cualquier problema que traiga acarreado requerirá de sudor y perseverancia, pero estoy seguro de que estarás a la altura del desafío. Con el paso del tiempo, podrás mirar hacia atrás y sonreír al darte cuenta de lo mucho que has logrado. Puedo afirmarte que no hay nada más reconfortante que la satisfacción que sientes cuando puedes mirar fijamente a tus demonios.

En un lugar diferente

En la universidad, me inscribí en un curso llamado “Usos terapéuticos de la escritura”, una clase interesante y de alguna manera poco convencional en la que se entrelazaban la psicología y la creación literaria. Nos alentaban a llevar diarios y a escribir lo que nos molestaba cada vez que podíamos. Para mí, era cada vez más difícil leer o escribir ciertas palabras y frases. Me provocaban ansiedad y obsesiones que, a su vez, desencadenaban la compulsión de dejar lo que estaba haciendo. Demás está decir que eso no me permitía escribir mucho.

Eventualmente, empeoró de tal manera que comencé a enviar todo lo que había escrito hasta el momento a mis profesores de escritura vía correo electrónico, incluso si no lo había terminado aún. Cuando por fin terminaba la tarea, la enviaba inmediatamente después de escribir la última palabra de la última oración, a veces sin siquiera corregir las faltas de ortografía. La idea era que, incluso si lo que hacía a continuación era borrar el trabajo, no perdería lo que ya había escrito. Así podría continuar a partir de donde había dejado simplemente comunicándome con los profesores y pidiéndoles que me mandaran el último archivo que les había enviado por correo electrónico.

Debo destacar que mis profesores eran extremadamente comprensivos. Curry College, donde me gradué con una licenciatura en creación literaria, es conocido en la comunidad educativa por su enfoque innovador a los estilos de aprendizaje individuales. Tomé la iniciativa de hacer que esto se convirtiera en una ventaja, sin embargo, y eso es lo que cuenta. Al reunirme con el jefe de departamento de escritura, con quien establecería un vínculo íntimo (que aún existe), pude crear un sistema para guardar electrónicamente lo que escribía.

Cuando surgió el problema con las palabras que me provocaban ansiedad, comencé a utilizar negritas para remarcar las palabras que me molestaban cuando las enviaba al director del curso de escritura terapéutica. Comencé a catalogar dichas palabras y frases en un archivo en la bandeja de entrada y eventualmente creé una hoja de cálculo para ellas.

Llevé la lista de palabras al consultorio del Dr. C., en donde me expuse reiteradamente a las palabras durante la terapia de EX/RP. El objetivo era insensibilizarme a las palabras y reducir su capacidad para provocar ansiedad. Al mismo tiempo, comencé a redactar manuscritos para la clase de escritura terapéutica que incluían la mayor cantidad de esas palabras posible, exponiéndome más a las palabras y también dándome la oportunidad de examinarlas en clase. Gradualmente, las palabras comenzaron a tener menos poder sobre mí.

Romance con la enfermedad

En una palabra, mi vida ha sido interesante o, al menos, me gusta pensar que así es. A

menudo he pensado que sería una persona mucho menos interesante si no hubiese padecido el TOC y tampoco hubiese entrado al mundo de la mente. El TOC ha afectado casi todas las facetas de mi vida, y las relaciones románticas no fueron la excepción.

Las citas son una amalgama terriblemente maravillosa de altibajos de éxtasis y desesperación. Aprendes a interactuar con alguien que te atrae y a correr riesgos emocionales. La búsqueda de otra persona que te complemente y te complete es una manera de aprender más sobre ti y de encontrarle el sentido a la vida. Sin embargo, eso no quiere decir que sea siempre divertido.

Cuando hablo sobre el TOC en las conferencias, siempre me sorprende la cantidad de preguntas que me formulan sobre mi vida privada. Los adolescentes, en particular, quieren saber sobre mis experiencias con las citas. Lo primero que les digo a aquellos que dicen tener problemas con las citas a causa del TOC es que *todos* tienen problemas en este aspecto. Debemos reconocerlo: las citas pueden ser excitantes, especialmente cuando das con la persona adecuada, pero también puede ser una experiencia bastante pavorosa.

Contarle a otra persona sobre el TOC solía ser una de las partes más intimidantes de las citas. Pero ahora, me siento tan cómodo que casi ni me doy cuenta de que lo hago hasta que escucho la palabra “obsesión” salir de mi boca. En ese momento, estoy en el medio de la oración y es un poco tarde para evaluar si fue un buen momento o no para adentrarme en el tema. Sin embargo, mi filosofía es simple: si he estado saliendo con alguien durante algunas semanas y ella aún no se ha dado cuenta de que padezco el TOC —o, al menos, que algo parecido al TOC me está ocurriendo, incluso si no sabe cómo llamarlo— entonces no es muy observadora. Y eso no es una buena señal, debido a que me gustan las muchachas listas, atentas e interesantes.

Eso no quiere decir que mi primera frase cuando conozco a alguien es: “Hola. Mi nombre es Jared y padezco el trastorno obsesivo-compulsivo”. La clave está en dejar que la información fluya naturalmente. Eso es lo que hice cuando conocí a una muchacha en la estación de radio donde trabajaba. Era increíble y cumplía los criterios que mencioné en el párrafo anterior. Además, era increíblemente atractiva y dulce.

Estaba trabajando en el departamento de publicidad de la estación, armando folletos y paquetes de premios para los oyentes. Esta muchacha también debía cumplir una cierta cantidad de horas de oficina en la estación, como parte de su programa universitario. Una noche vino a mi oficina y le pregunté si podía ayudarme a clasificar los anuncios de servicio público. Tenía páginas y páginas esparcidas por la oficina. Examinamos algunas de las pilas, buscando avisos que pudieran ser adecuados para ser emitidos en una estación sin fines de lucro.

Mientras estábamos trabajando, me volví hacia ella y le pregunté cómo estaba. Me respondió con una evasiva a lo que repliqué que estaría encantado de escucharla si algo la inquietaba. De ese modo, comenzó una amistad que se convirtió en una relación romántica y que hoy continúa siendo una amistad.

Durante una de nuestras conversaciones, decidí alivianar un poco mi carga ya que me estaba resultando muy difícil guardármela ese día. Se me ocurrió que

Se me ocurrió que cualquiera que valiera la pena conocer no utilizaría el TOC en mí contra.

cualquiera que valiera la pena conocer no utilizaría el TOC en mi contra. Hablamos sobre un montón de cosas ese día, algunas de las cuales aún permanecen entre nosotros, pero sí surgió el tema de que padecía el TOC y que me estaba causando grandes problemas en mi vida en ese momento. Fue uno de esos momentos en el que te muerdes la lengua y esperas que todo salga bien.

Ella respondió con curiosidad, lo que se convirtió en una especie de sesión de preguntas y respuestas sobre el TOC. Tuvimos algunos de esos momentos incómodos en que se dice “yo también hago eso”; según parece, todos quieren compartir sus hábitos personales que creen que son obsesiones o compulsiones. (Es algo con lo que probablemente te topará y te sentirás confundido). Pero en general, fue una charla muy buena.

En una relación sana, ambas personas siempre aprenden el uno del otro. Esa es una manera de saber que van en la dirección correcta. Tus amigos verdaderos pueden sentir curiosidad por el TOC cuando se enteran de que lo padeces, pero no lo utilizarán en tu contra ni pensarán que eso te define como persona, sino que simplemente será otro de los muchos hechos que sabrán de ti al conocerte mejor.

¿Acaso te suena racional?

También salí con personas que padecen el TOC. Esto no es lo más romántico que una pareja puede compartir pero tampoco es algo que puedes descartar como vínculo potencial. Mi mejor consejo es que te asegures de que no haya una alimentación mutua de los síntomas y que no haya cabida para los rituales de ambos. Eso es mucho más difícil de lo que parece. Sucede que, mientras escribo este capítulo, me encuentro en una relación con una veterana del TOC.

Sin su ayuda, no estoy seguro de que este libro hubiera pasado de los garabatos que hacía en papel al procesador de texto, por lo que estaré eternamente agradecido a Megan. Me ayudó a enfrentarme con los temores de volcar mi vida en un papel y, con paso lento pero seguro, escribí el primer capítulo con ella sentada a mi lado, en el sofá, mirando cómo sudaba horrores. Apenas apreté la última tecla al terminar el capítulo, oí su voz a mi lado diciendo: “Ahora guárdalo”. No tuve tiempo de obsesionarme con lo que había escrito antes de introducir el primer capítulo en Internet y enviarlo por correo electrónico a mi coautor. Si quieres saber si has encontrado a una muchacha realmente especial haz una prueba: fíjate qué pasa cuando tienes un ataque de pánico junto a ella. Tuve uno apenas envié el primer capítulo y Megan estuvo a mi lado para ayudarme a sobrellevarlo.

Ahora que me encuentro en el capítulo final, meses más tarde, nuestra relación ha evolucionado y se ha vuelto más íntima. De vez en cuando, cuando estoy en la mitad de mi explicación del por qué me siento ansioso, Megan me interrumpe preguntándome: “¿Acaso te suena racional?” Al verme enfrentado a esta pregunta, debo admitir con frecuencia que los temores no tienen ningún fundamento racional, aunque puedan requerir analizarlos y discutirlos un poco. Sin embargo, recientemente Megan me formuló la misma pregunta y le respondí, simplemente: “No, no es racional, ¿verdad?” Y eso fue todo. Incluso Megan me comentó lo rápidamente que había superado ese episodio en

particular. ¿Qué puedo decir? Cuando una muchacha hace una observación, a veces lo único que debes hacer es darle la razón.

La regla de una sola ducha

Megan también me ayudó a elaborar la regla de una sola ducha para controlar mis rituales de lavado. Todo comenzó un día de invierno, cuando me invadieron sentimientos de preocupación y angustia después de clases. De regreso en la habitación de la residencia, deprimido y un poco abatido, me desvestí, saqué la toalla del gancho detrás de la puerta y me encerré en el baño. Nueve duchas más tarde, estaba sumido en el llanto. Viéndolo ahora, no estoy seguro de cuál fue exactamente la línea de pensamiento obsesivo que desencadenó el lavado compulsivo, pero lo que sí sé es que la ansiedad tuvo un control poderoso sobre mí ese día.

Aún envuelto en la toalla, sentado prácticamente desnudo en el suelo de la habitación, llamé a uno de mis amigos más cercanos en el campus y me desmoroné por teléfono, explicándole todo. De muchas maneras, me recordó al momento en el que colapsé en el vestuario en la escuela secundaria. Ambos acontecimientos me obligaron a admitir que no estaba ni cerca de tener el control de la situación como quería creer.

Esa noche, le conté a Megan sobre los acontecimientos del día, y me escuchó cuidadosa y atentamente, como siempre lo hacía. Cuando terminé de contarle el drama del TOC, me preguntó si podía hacer algo para ayudarme. Después de pensarlo por unos minutos, acepté su oferta y formulé algunas reglas básicas para mí mismo: le dije a Megan que bajo ninguna circunstancia me ducharía más de una vez al día. Para asegurarme de que no habría lugar para las ambigüedades, definí una sola ducha como la actividad desde que el agua comenzaba a correr hasta el momento en el que se cortaba. Después de girar el grifo y que el agua cesara de correr, la ducha habría terminado. Además, no se me permitiría abrir el agua nuevamente, ni siquiera para mirarla desde el baño seco. Megan sería mi persona de apoyo, recordándome las reglas cuando necesitara que me refrescaran la memoria para seguir en la dirección correcta.

Debo admitir que al principio mi plan produjo muchas comunicaciones a los gritos a través de la puerta del baño que sonaban a algo así: “¡Estoy escuchando que el agua corre nuevamente Jared!” Sin embargo, después de dos semanas, me las había arreglado para controlar la necesidad de jugar con los controles de la ducha. Si no terminaba de afeitarme en la única ducha asignada, salía con la barba a la mitad, pero aún así cumplía la regla de una sola ducha.

Este tipo de reglas no se limitan sólo a las duchas. Si estás haciendo algo por cuestiones que son claramente obsesivo-compulsivas, puedes ponerle un límite a la actividad. Por ejemplo, si te cepillas los dientes en exceso, puedes establecer un límite de la cantidad de tiempo asignado al cepillado de dientes por día. Para que esto pueda funcionar, te recomiendo que encuentres tu propia Megan, alguien que conozcas y en quien confíes que pueda ayudarte a seguir con tu plan. Permite a tu persona de apoyo que te recuerde tu promesa, por ejemplo, de sólo cepillarte los dientes tres veces al día, entre cinco y diez minutos por vez. Una vez concedido, este tipo de permiso debe ser irrevocable. Dado que no puedes deshacerlo, asegúrate de pensarlo bien primero para

saber en lo que te estás metiendo.

El dulce hedor del éxito

Cuando te pasas la vida mirando fijamente a los temores oscuros y a las consecuencias peligrosas invisibles e intangibles, ves al mundo con otros ojos. El TOC me ayudó a formar mi visión del mundo y a ser la persona que soy hoy, así que quizás es natural sentirse un poco ambivalente. Por un lado, deseaba liberarme de los síntomas con desesperación. Por otro lado, temía qué sucedería luego de que me liberara.

Descubrir que padecía el TOC no fue exactamente una buena noticia. Pero luego de aceptar el diagnóstico y las repercusiones posteriores, comencé a cuestionarme cómo sería mi vida de no haber sido por el trastorno. Sin duda hubiera sido más fácil, pero no hubiera sido tan enriquecedora y gratificante en muchos aspectos. Creo que el TOC me ha convertido en una persona más fuerte y compasiva, y sin duda me ha mantenido alerta.

Creo que el TOC me ha convertido en una persona más fuerte y compasiva...

¿Qué puedes esperar luego de que comiences a curarte? Uno de los mayores cambios es que tendrás más tiempo libre una vez que los rituales no consuman horas cada día. Mi consejo personal es que busques un pasatiempo para llenar ese vacío, algo productivo que te interese y te desafíe de la manera que lo hizo el TOC en su peor momento. Esto te mantiene fuerte, alerta y preparado para manejar una recaída ocasional.

Practico artes marciales de manera ferviente. Actualmente estoy estudiando artes marciales chinas, pero he hecho de todo, desde karate y jiu-jitsu hasta lucha grecorromana. Esta es un área de mi vida en donde está bien que las cosas no sean perfectas. Por ejemplo, estoy obligado a usar los guantes raídos de otras personas cuando practico *muay tai kickboxing*. No te imaginas lo que es el hedor horrible hasta que has olido tus manos después de una lucha en la que has usado un par de esos guantes. El olor de tu propio sudor se mezcla con los de años de uso por extraños. Al principio, no podía usar esos guantes. El TOC avanzaba a paso firme, y comenzaba a sentir pánico. Ahora, sin embargo, el olor me recuerda que puedo dejar a un lado los pensamientos obsesivos, las conductas compulsivas y los sentimientos de pánico. Parece que después de todo, el éxito no huele tan bien. Huele a cuero viejo empapado en sudor.

Herramientas para el futuro

No existe una cura milagrosa para el TOC, al menos, no por ahora. Ten paciencia. Algunos de los mejores y más brillantes científicos del país se encuentran buscando la cura en este preciso instante. Mientras tanto, trata de cohabitar con la enfermedad. No te dejes someter fácilmente. A lo largo del tratamiento, aprenderás a demostrarle al TOC quién manda.

Es responsabilidad del terapeuta o médico brindarte las herramientas para luchar contra los pensamientos e impulsos que acarrea el TOC, pero es tu responsabilidad darle buen uso a dichas herramientas. Prepárate para llevar a cabo un mantenimiento periódico

también. Cuando estaba en la universidad, estaba bajo mucho estrés y el TOC resurgió con violencia. En ese momento, me maltraté bastante, diciéndome que era mi culpa y que había fallado de alguna manera. Sin embargo, eso no era verdad. El control del TOC es un viaje que dura toda la vida. Puedes tropezar y caer en ocasiones, pero puedes volver a levantarte, sacudirte el polvo y continuar la marcha. Cada vez que sucede, tienes la oportunidad de aprender algo nuevo. Por ejemplo, puedes aprender a resolver problemas, a enfrentarte con situaciones estresantes o a resistir cuando te enfrentes con los obstáculos.

No viajas solo. Una de las cosas más importantes que he aprendido fue saber pedir ayuda y aceptarla cuando la necesito. Esa no es una señal de debilidad. Al contrario, es una señal de que he madurado lo suficiente como para reconocer qué puedo manejar y qué no. Algunas de las mejores decisiones que he tomado consistieron en admitir que necesitaba ayuda. Con las herramientas que te brindan los proveedores de tratamiento, puedes luchar contra los pensamientos más oscuros y vencer las compulsiones más poderosas.

Algunas de las mejores decisiones que he tomado consistieron en admitir que necesitaba ayuda.

Recupera tu vida. Según tengo entendido —aunque puedo estar equivocado— tienes solamente una. Luego, cuando avances, tómate un momento para mirar hacia atrás y sonreír por lo lejos que has llegado. Yo lo he hecho, y las recompensas son reconfortantes. Esa es la razón por la que he escrito este libro.

Preguntas frecuentes

Cómo entender el TOC

¿El TOC es en verdad una enfermedad mental? ¿Qué significa eso?

El TOC se considera una enfermedad mental, pero eso no es tan pavoroso como suena. Una enfermedad mental es un trastorno cerebral que afecta los pensamientos, los estados de ánimo, los sentimientos o las conductas complejas, por ejemplo, relacionarte con otras personas o planear actividades futuras. Las enfermedades mentales son un problema común; es más, la gran mayoría de las personas que las padecen son capaces de desempeñarse en la vida cotidiana, aunque con ciertos impedimentos si los síntomas no están bajo control.

Bien, ya entiendo, pero no todas las personas están tan instruidas en el tema. ¿Cómo puedo responder cuando hacen comentarios crueles o sin fundamento?

El estigma hace referencia al estereotipo, el prejuicio y la discriminación dirigidos hacia un grupo de personas en particular. Desafortunadamente, aún existen muchos estigmas relacionados con las personas que padecen enfermedades mentales. Algunos creen que lo único que tienes que hacer para mejorarte es “recobrar la compostura” y “dejar de obsesionarte”; otros consideran que los rituales compulsivos son señales de terquedad y tozudez. Puedes contribuir tu granito de arena en la lucha contra el estigma poniendo las cosas en claro cortésmente. Explica que el TOC es una enfermedad que no solamente habita en la mente, sino que también en el cerebro, a nivel biológico. A pesar de que no puedes salir de ella a fuerza de voluntad, *sí puedes* recibir tratamiento. Sin embargo, aún el mejor tratamiento lleva tiempo para que surta efecto. Hazles saber que estás mejorando lo más rápidamente posible y que, mientras tanto, agradecerás su paciencia y apoyo.

Me da vergüenza contarle mis obsesiones al terapeuta porque me parece que son demasiado raras. ¿Cómo me doy cuenta si las obsesiones son anormales incluso para los estándares del TOC?

Cuando hablo sobre el TOC en conferencias, a menudo les pregunto a los muchachos del público si alguien puede vencerme en la absurdidad de los pensamientos obsesivos. Aún no me han ganado en este desafío, aunque todos lo aceptan cada vez que lo propongo. El caso es que el terapeuta ha escuchado, sin lugar a dudas, cosas tan o más raras que las tuyas. Compartir los pensamientos no provocará shock ni ofenderá. Por otro lado, *no* compartir los pensamientos significa que es posible que no le saques el mejor provecho a la terapia dado que el terapeuta no podrá ayudarte a examinar las obsesiones de las que no tenga conocimiento.

Por definición, las obsesiones son molestas, y algunas de ellas también son bastante extrañas. Eso no las hace más graves que las menos bizarras, sin embargo. De hecho, casi todos, con o sin TOC, tenemos pensamientos extraños con frecuencia. La verdadera cuestión es cuán intrusos son los pensamientos, cuánta ansiedad o angustia pueden provocar y si tratas de neutralizarlos con actos compulsivos.

Cómo sobrellevarlo en el hogar

Mis padres se quejan de que siempre tienen que tranquilizarme diciéndome que todo está bien. ¿Por qué les molesta tanto?

Tener que decir lo mismo una y otra vez da mucha rabia. Pero más que eso, probablemente tus padres comprenden que no te están haciendo ningún favor con ello. Sus bien intencionadas palabras tranquilizadoras pueden, en realidad, ayudarte a perpetuar algunas conductas del TOC. Así es cómo funciona: tienes un pensamiento obsesivo que te conduce a un rápido golpe de ansiedad, seguido por una necesidad intensa de lograr el alivio. Una manera de aliviar la ansiedad es pedir a una figura de autoridad que te brinde tranquilidad: “¿Qué pasa si me contagio una enfermedad mortal en la escuela?” “¿Qué sucede si la comida está contaminada?” “¿Y si alguien deja la cocina prendida y la casa se incendia?”

Al ver lo molesto que estás, es natural que tus padres quieran disipar la ansiedad tranquilizándote y diciéndote que todo está bien. El problema es que eso suele tener que repetirse una y otra vez hasta neutralizar el pensamiento obsesivo y aliviar la ansiedad. Incluso así, el alivio es sólo temporal. El mismo escenario se puede repetir una y otra vez cuando los pensamientos obsesivos siguen regresando. Se convierte no solamente en un patrón reiterado para ti, sino también en un hábito para tus padres que dificulta romper el ciclo de ansiedad y palabras tranquilizadoras.

Buscar que te tranquilicen es una manera útil de manejar algunas situaciones. Sin embargo, cuando padeces el TOC, es fácil que se te escape de las manos. La buena noticia es que este patrón de conducta puede ser tratado con la TCC. En la terapia, tanto tú como tus padres pueden aprender a romper ese ciclo destructivo. Entre las estrategias que pueden servir de ayuda se encuentran escribir la respuesta tranquilizadora tú mismo en vez de pedirle a otro que te la diga y establecer límites en cuanto a la frecuencia con la que te permites formular una pregunta en particular cada día.

Mi hermano y mi hermana me hostigan. ¿Por qué no son más comprensivos?

Ser hermano o hermana de alguien con TOC puede provocar algunos sentimientos complicados. Además de amarte y preocuparse por tu bienestar, tus hermanos pueden sentir celos por toda la atención extra que recibes. Algunos también pueden sentirse confundidos por lo que sucede, culpables porque ellos no son los que sufren, preocupados por la posibilidad de enfermarse, avergonzados porque tu comportamiento es tan “diferente” o frustrados por tener que lidiar con tus exigencias compulsivas.

Esa combinación de emociones es bastante compleja, y es común que los hermanos se sientan un poco abrumados de vez en cuando. Trata de no ofenderte. La mayor parte del tiempo no es que no sean comprensivos, sino que no pueden lidiar con sus sentimientos. Recuerda que ellos también están luchando con los dolores que causa el crecimiento. Si el problema persiste, reúne a tu familia para discutir la situación. Además, pregúntale al terapeuta si no sería útil incluir a tus padres y hermanos en algunas sesiones.

Quiero que el día comience bien, pero paso tanto tiempo con los rituales que a menudo llego tarde a la escuela. ¿Qué puedo hacer?

Toma la mayor cantidad de decisiones que te sea posible la noche anterior. Prepara la

ropa, el bolso de los libros y el almuerzo. Si necesitas que firmen un permiso, buscar recursos para un proyecto o hacer los arreglos para que alguien te lleve de regreso a casa, también hazlo la noche anterior. Luego establece límites para las tareas que restan. Por ejemplo, puedes utilizar un reloj automático para controlar el tiempo que permaneces en la ducha o establecer un límite para la cantidad de veces que te permites comprobar si tienes la tarea en el bolso. También puede ayudarte tener una persona de apoyo —uno de tus padres, por ejemplo— que te recuerde los límites que te has autoimpuesto.

Tratamiento

No me siento cómodo con mi terapeuta cognitivo-conductual. ¿Debería buscar otro?

Pregúntate qué es lo que te incomoda. ¿Es algo que el terapeuta dijo o hizo, o es la dirección que está tomando la terapia? Cuanto mejor puedas precisar la fuente del malestar, mejor podrás evaluar lo que sientes. Es importante que prestes atención a tus instintos, especialmente si hay algo en el modo del terapeuta que te parece poco apropiado. Pero también es importante que no te rindas tan pronto, particularmente debido a que los terapeutas cognitivo-conductuales escasean en muchas partes del país.

El capítulo 2 trata sobre las credenciales profesionales que se deben tener en cuenta al elegir un terapeuta. Más allá de eso, es importante que se establezca una relación de confianza y comunicación. Lo ideal es que el terapeuta sea alguien con quien sea fácil hablar y que esté abierto a tus preguntas y dispuesto a ayudarte a identificar lo que puedes lograr. Sin embargo, recuerda que establecer la relación puede llevar un poco de tiempo. Algunas personas congenian inmediatamente con sus terapeutas, pero otros necesitan algunas sesiones para sentirse cómodos.

El único terapeuta cognitivo-conductual en mi zona no puede aceptar pacientes nuevos. ¿Qué puedo hacer?

Pídele que te incluya en la lista de espera. Tú o tu padre pueden llamar al consultorio del terapeuta ocasionalmente para reiterar el interés. Mientras tanto, un terapeuta que tenga una orientación distinta puede recomendarte algunas estrategias generales para enfrentar los problemas, las cuales te ayudarán hasta que puedas acceder a un tratamiento más específico. También es posible que te encuentres con que el terapeuta está interesado en hacer un curso o leer un manual que lo capacite en cómo utilizar las técnicas de la TCC para tratar el TOC, o bien puede consultar con un especialista en TOC sobre las mejores estrategias de tratamiento para ti.

No me gusta tomar medicamentos. ¿Existen algunos suplementos herbáceos que puedan ayudarme con el TOC?

Los medicamentos para tratar el TOC pueden provocar efectos secundarios no deseados, por lo que quizás te preguntes si los suplementos herbáceos son una alternativa más segura. Sólo porque un producto sea “natural” no quiere decir que sea inofensivo. Todo producto que sea lo suficientemente fuerte para ayudarte con los síntomas también lo es para causar efectos secundarios potenciales. Además, algunas hierbas interactúan perjudicialmente con ciertos medicamentos recetados. La mayoría de los suplementos herbáceos no han sido estudiados en muchos ensayos clínicos controlados, por lo que no

hay manera de saber si realmente proporcionan los beneficios que se alegan.

Los medicamentos deben pasar por un proceso riguroso de aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos. Eso no sucede con los suplementos herbáceos. En los Estados Unidos, los suplementos herbáceos están regulados al igual que los alimentos, lo que significa que no tienen que cumplir las mismas normas que los fármacos para comprobar su seguridad, eficacia y lo que la FDA denomina “buenas prácticas de manufactura”. Ciertos análisis sobre productos herbáceos han descubierto diferencias entre la información de la etiqueta y el contenido real de la botella, así que es posible que tomes más o menos de una sustancia de lo que creas. La etiqueta de un suplemento que diga que está “estandarizado”, “certificado” o “verificado” no garantiza que sea de alta calidad ya que en los Estados Unidos no existe una definición legal de dichos términos aplicados a los suplementos.

En pocas palabras: no tiene sentido utilizar un suplemento herbáceo con supuestos beneficios *en lugar de* un tratamiento cuyo efecto esté garantizado. Si estás interesado en probar un suplemento que *acompañe* la terapia o los medicamentos, habla primero con el médico para asegurarte de que los tratamientos sean compatibles. No tomes una dosis mayor de la que figura en la etiqueta del producto y si manifiestas algún efecto secundario, deja de tomar el suplemento y díselo al médico.

En la universidad

Pronto comenzaré la universidad. ¿Debo estar preocupado por la adaptación?

Comenzar la universidad es una gran transición para cualquiera, y el TOC aumenta el desafío. Sin embargo, aunque puede llevar un poco de esfuerzo extra y creatividad, soy la prueba de que es posible enfrentar el desafío de manera exitosa. Una clave es seguir con el plan de tratamiento en el nuevo entorno. Si los síntomas empeoran, también es fundamental buscar ayuda rápidamente en lugar de esperar a que los problemas se agraven.

Desafortunadamente, eso no siempre es lo que sucede. Una encuesta realizada recientemente a 2.785 estudiantes universitarios descubrió que, de aquellos que presentaban importantes síntomas de ansiedad o depresión, más de la mitad no buscaron ayuda profesional. Lo que hace que dichos descubrimientos sean más notables es que la encuesta se realizó en una gran universidad pública donde los estudiantes tenían acceso a servicios de salud mental y consejería gratuitos.

La planificación anticipada puede marcar una gran diferencia. Cuando estés considerando las habitaciones de la residencia estudiantil, los cursos y la vida nocturna, pregunta por la consejería estudiantil y los servicios de salud mental disponibles en el campus. Los centros de terapia estudiantil a menudo brindan excelente orientación sobre temas típicos de la universidad, por ejemplo, conflictos entre compañeros, presión académica y preocupación o tristeza leve. Pero para problemas más graves como el TOC, es probable que necesites ver a un proveedor de tratamiento en el centro médico del campus o fuera del mismo. Si vas a ir a una universidad fuera de tu ciudad, pídele a tu proveedor de tratamiento actual que te ayude a contactarte con un terapeuta o médico en el nuevo lugar, o comunícate con el centro de terapia estudiantil o centro médico del campus

para conseguir una derivación.

Soy un estudiante universitario que lucha contra el TOC. ¿Cuáles son mis derechos educativos mientras intento controlar los síntomas?

Algunos estudiantes con TOC cumplen con los requisitos de incapacidad establecidos por ley. El Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 se aplica a estudiantes universitarios y a estudiantes más jóvenes también. Otra ley que se aplica a los estudiantes de todos los niveles es el Título II de la Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act) de 1990. Ambas leyes prohíben la discriminación por incapacidad, que se define como un impedimento que limita de manera considerable una o más actividades importantes de la vida. Sin embargo, una vez que te gradúas de la escuela secundaria, tus derechos educativos sufren cambios importantes.

El Artículo 504 exige a los distritos escolares que proporcionen “educación pública adecuada y gratuita” a cada joven perteneciente a su jurisdicción hasta que termine la escuela secundaria. Este requisito no se aplica más allá de la escuela secundaria. Sin embargo, las universidades no pueden denegarte el ingreso solamente por tu incapacidad, suponiendo que de no ser por ello cumplas con los demás requisitos estipulados. Las universidades también deben realizar ajustes para asegurarse de que no discriminan por incapacidad.

Sin embargo, existen límites en los tipos de ajustes que se les exigen a las universidades. Entre los ejemplos de dichos ajustes se encuentran reducir la carga de cursos, cambiar un curso por otro o permitir tiempo adicional para las evaluaciones. Para poder realizar tales arreglos, deberás notificar a la universidad que tienes una incapacidad y deberás seguir el procedimiento del establecimiento para solicitar un ajuste académico, lo que puede demandar algo de tiempo. Es probable que necesites proporcionar documentación, como un informe de tu proveedor de tratamiento, para demostrar que tienes una incapacidad que te afecta en la escuela. Para obtener más información, comunícate con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Educación (Department of Education) de los Estados Unidos (800-421-3481, www.ed.gov/ocr).

Estoy tratando de elegir una carrera, así que he estado pensando mucho en mis objetivos profesionales. ¿Cuál es el mejor tipo de trabajo para alguien que padece el TOC?

Sin tratamiento, el TOC puede dificultar en gran medida el rendimiento laboral. Es difícil lograr tus objetivos cuando estás siempre en el baño lavándote las manos, ocupado contando los paneles del techo o preocupado por pensamientos de enfermedades y catástrofes. La posibilidad de que surjan problemas existe independientemente de la carrera que elijas. Por otro lado, con tratamiento, es posible controlar los pensamientos obsesivos y los rituales compulsivos para que no interfieran en el rendimiento laboral.

Uno de las mejores motivaciones para seguir con tu plan de tratamiento es plantearte un objetivo que sea muy importante para ti. En síntesis, el mejor trabajo para alguien que padece el TOC, al igual que para el resto de las personas, es uno que se ama y en el que se está decidido a triunfar. Puede llevarte mucho trabajo y perseverancia, pero no hay razón para que el TOC te impida cumplir tus sueños.

Glosario

abuso de sustancias: consumo de alcohol u otras drogas a pesar de sus efectos negativos, por ejemplo, la conducta peligrosa cuando la persona se encuentra bajo los efectos de la sustancia o problemas personales, sociales y legales relacionados con el consumo de dicha sustancia.

acumulación compulsiva: acción de guardar una cantidad desmedida de artículos que tienen poco o nada de valor.

anorexia nerviosa: trastorno alimentario en el que las personas tienen un temor intenso a subir de peso o a engordar, aunque su peso esté por debajo de los límites normales. Las personas que padecen anorexia restringen la ingesta de alimentos de manera estricta, muchas veces hasta llegar casi a la inanición.

antidepresivo: medicamento utilizado para tratar o mitigar la depresión. Los antidepresivos también son recetados con frecuencia para tratar los trastornos de ansiedad.

Artículo 504: artículo de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 que se aplica a los estudiantes que tienen un impedimento físico o mental que les impide sustancialmente realizar una o más actividades principales de la vida.

ataque de pánico: oleada repentina e inesperada de temor y aprensión intensa, que está acompañada de síntomas físicos, como frecuencia cardíaca rápida, dificultad para respirar o sudoración.

bulimia nerviosa: trastorno alimentario en el que las personas ingieren compulsivamente grandes cantidades de alimentos y luego lo compensan mediante la inducción al vómito, el abuso de laxantes o diuréticos, o el ejercicio desmedido.

comorbilidad: coexistencia de dos o más trastornos en la misma persona.

compulsión: acción repetida, ya sea conductual o mental, que la persona se siente obligada a realizar como respuesta a una obsesión, para evitar que algo malo ocurra o para reducir la angustia asociada.

consejero de salud mental: profesional de salud mental que suele combinar la terapia con técnicas de resolución de problemas.

copago: parte de los costos de atención médica que un paciente con seguro médico debe pagar para la cobertura de servicios.

deducible: monto de los costos de atención médica que el paciente debe pagar de su bolsillo cada año antes de que el seguro médico comience a correr.

depresión: trastorno que implica estar decaído o irritable casi todo el tiempo, o perder el interés o el placer por casi todo.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text

- Revision, DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado):** manual utilizado por los profesionales de salud mental para diagnosticar todo tipo de trastornos mentales.
- enfermedad mental:** trastorno cerebral que afecta los pensamientos, los estados de ánimo, los sentimientos o las conductas complejas, por ejemplo, relacionarte con otras personas o planear actividades futuras.
- enfermero psiquiátrico:** enfermero matriculado de capacitación avanzada especializado en la atención de salud mental. El tratamiento puede incluir proporcionar terapia o, en muchos estados, recetar medicamentos.
- ensayo aleatorio controlado:** estudio en el que los participantes se asignan a un grupo de tratamiento o a un grupo de control de forma aleatoria. Este estudio permite a los investigadores determinar si los cambios producidos en el grupo de tratamiento a lo largo del tiempo son el resultado del tratamiento en sí.
- entrenamiento para la modificación de hábitos:** grupo de técnicas de psicoterapia que ayuda a las personas que padecen trastornos de tics a que aprendan a reemplazar un tic por otro que sea más aceptable socialmente.
- escrupulosidad:** preocupación excesiva por ofender a Dios, cometer un pecado, tener pensamientos blasfemos o hacer algo inmoral.
- estigma:** estereotipo, prejuicio y discriminación dirigidos hacia un grupo de personas en particular.
- exposición en vivo:** técnica utilizada en la exposición y la prevención de la respuesta. Incluye la exposición a una situación que provoca ansiedad en el mundo real.
- exposición imaginada:** técnica utilizada en la exposición y la prevención de la respuesta. Incluye la exposición a una situación que provoca ansiedad a través de imágenes mentales.
- exposición y prevención de la respuesta (exposure and response prevention, EX/RP por sus siglas en inglés):** forma de terapia cognitivo-conductual que se utiliza para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo. La parte de la “exposición” implica enfrentar las situaciones que conducen a la obsesión, mientras que la parte de la “prevención de la respuesta” implica abstenerse voluntariamente de acudir a las compulsiones para reducir la angustia durante y después de los encuentros.
- fobia específica:** trastorno de ansiedad caracterizado por un intenso temor a un animal, un objeto, una actividad o una situación específica y que es desproporcionado en relación con la amenaza real.
- gen transportador de serotonina (serotonin transporter, SERT por sus siglas en inglés):** gen que ayuda a regular las concentraciones de serotonina en el cerebro. Es un lugar importante de acción para los IRSS.
- grupo de apoyo:** grupo de personas con un problema en común, que se reúnen para brindarse apoyo emocional, compartir consejos prácticos y, en ocasiones, recursos educativos.
- hipocondría:** trastorno en el que las personas se preocupan porque creen padecer una

- enfermedad grave a causa de una mala interpretación de sensaciones y señales corporales inofensivos.
- hospitalización:** tratamiento que requiere la hospitalización de los pacientes en un centro que brinda atención intensiva y especializada, y control riguroso durante todo el día.
- inhibidor de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS):** medicamento que incrementa la cantidad de serotonina disponible en el cerebro. Aunque es clasificado como antidepresivo, también suele ser recetado para el tratamiento del TOC y otros trastornos de ansiedad.
- Ley de Educación para Personas con Incapacidades de 2004 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, IDEA por sus siglas en inglés):** ley federal que se aplica a los estudiantes que tienen una incapacidad que afecta su capacidad de aprovechar los servicios educativos generales.
- Medicaid:** programa gubernamental que ofrece seguro médico a individuos con bajos recursos e incapacitados que cumplen con los requisitos de elegibilidad.
- modelar:** técnica utilizada en la exposición y la prevención de la respuesta. El terapeuta muestra cómo entrar en contacto con una situación que provoca ansiedad sin tener que recurrir a los rituales compulsivos.
- necesidad médica:** estándar utilizado por muchos planes de seguro para determinar si pagan o no un servicio de atención médica. A fin de satisfacer este estándar, el servicio debe ser considerado médicamente adecuado y necesario para satisfacer las necesidades de atención médica de un paciente.
- neurotransmisor:** químico que actúa como mensajero dentro del cerebro.
- obsesión:** imagen mental o pensamiento reiterado que parece intruso e inapropiado, y que provoca ansiedad y angustia.
- placebo:** píldora de azúcar similar al medicamento real pero que no contiene ingredientes activos.
- plena conciencia:** tipo de meditación que supone centrar totalmente la atención en lo que se esté experimentando en el aquí y ahora sin juzgar ni reaccionar.
- programa de educación individualizada (individualized education program, IEP por sus siglas en inglés):** plan educativo por escrito para cada estudiante que reúne los requisitos para recibir los servicios estipulados en la IDEA.
- Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés):** programa gubernamental que ofrece seguro médico a niños de familias con bajos recursos que no cumplen con los requisitos de elegibilidad de Medicaid.
- psicólogo:** profesional de salud mental que evalúa y realiza terapia para trastornos mentales y emocionales. El tratamiento suele consistir en terapias u otras técnicas psicológicas.
- psiquiatra:** médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades

- mentales y problemas emocionales. El tratamiento suele incluir recetar y controlar la medicación.
- serotonina:** neurotransmisor que ayuda a regular el estado de ánimo, el sueño, el apetito y el deseo sexual. Los bajos niveles de serotonina están asociados tanto a la ansiedad como a la depresión.
- síndrome de Tourette:** trastorno que se caracteriza por tics frecuentes y múltiples, tanto físicos como vocales.
- terapia cognitivo-conductual (TCC):** tipo de psicoterapia que ayuda a las personas a reconocer y cambiar los patrones de pensamiento autodestructivos y las conductas inadaptadas.
- terapia de aceptación y compromiso (TAC):** rama de la terapia cognitivo-conductual que combina la aceptación de la experiencia interna y el compromiso de cambiar la conducta con plena conciencia.
- terapia familiar:** tipo de terapia conversacional en la que varios miembros de la familia participan juntos en sesiones terapéuticas.
- tic complejo:** patrón de movimiento repentino, reiterado y coordinado de varios grupos musculares que no tiene ningún propósito útil.
- tic:** movimiento o vocalización repentina, rápida y reiterada que no tiene ningún propósito útil.
- trabajador social clínico:** profesional especializado en salud mental capacitado no solamente en terapia, sino también en la defensa del paciente.
- trastorno de ansiedad generalizado:** trastorno de ansiedad que se caracteriza por una preocupación excesiva por diversas cosas que guardan relación con circunstancias de la vida real.
- trastorno de ansiedad social:** trastorno de ansiedad caracterizado por un marcado temor que se presenta en situaciones sociales en las que la persona está expuesta a desconocidos o al posible escrutinio de otros.
- trastorno de ansiedad:** cualquiera de los trastornos pertenecientes a un grupo de trastornos caracterizados por una preocupación o un temor excesivo que duran mucho tiempo o que vuelven continuamente. Los síntomas provocan angustia o interfieren con las actividades habituales de la persona y con sus relaciones sociales.
- trastorno de aprendizaje:** afección que produce un efecto negativo en el rendimiento de una persona en la escuela o en la capacidad para desempeñarse en situaciones diarias que requieren habilidades de lectura, escritura o matemáticas.
- trastorno de estrés postraumático (TEPT):** trastorno de ansiedad que se manifiesta luego de la exposición a un evento traumático. Los síntomas incluyen la experimentación reiterada del trauma, la evasión, el entumecimiento emocional y el aumento de la excitación.
- trastorno de pánico:** trastorno de ansiedad que se caracteriza por la incidencia reiterada

de ataques de pánico espontáneos y el constante temor a sufrir este tipo de ataques. El temor se origina en la creencia de que dichos ataques ocasionarán catástrofes, por ejemplo, un ataque cardíaco.

trastorno del espectro obsesivo-compulsivo: cualquiera de los trastornos pertenecientes a un grupo de trastornos que se asemejan a las obsesiones o compulsiones y que pueden responder a algunos de los tratamientos del TOC.

trastorno dismórfico corporal: trastorno por el cual la persona se preocupa excesivamente por algún defecto imaginario en su aspecto físico que le provoca una ansiedad grave o le trae problemas en la vida diaria.

trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): trastorno mental que se caracteriza por obsesiones y compulsiones reiteradas e incontrolables.

trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP): trastorno que se caracteriza por una preocupación por el control, el orden y el perfeccionismo que dura mucho tiempo y que se puede observar en una amplia gama de escenarios.

trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections, PANDAS por sus siglas en inglés): forma de trastorno obsesivo-compulsivo poco frecuente de la niñez, provocado por una infección estreptocócica.

tricotilomanía: trastorno en el que las personas se sienten impulsadas a arrancarse el cabello, lo cual lleva a una notable pérdida del mismo.

Recursos

Organizaciones

Todas estas organizaciones proporcionan información sobre algún aspecto del TOC o la enfermedad mental. Las que están marcadas con un asterisco (*) también ofrecen un número de teléfono gratuito o directorio en Internet para localizar a proveedores de atención de salud mental.

Active Minds on Campus

1875 Connecticut Ave. NW, Suite 418

Washington, DC 20009

(202) 719-1177

www.activemindsoncampus.org

***American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**

3615 Wisconsin Ave. NW

Washington, DC 20016

(202) 966-7300

www.aacap.org

www.parentsmedguide.org

***American Psychiatric Association**

1000 Wilson Blvd., Suite 1825

Arlington, VA 22209

(888) 357-7924

www.psych.org

www.healthyminds.org

www.parentsmedguide.org

***American Psychological Association**

750 First St. NE

Washington, DC 20002

(800) 374-2721

www.apa.org

www.apahelpcenter.org

www.psychologymatters.org

***Anxiety Disorders Association of America**

8730 Georgia Ave., Suite 600

Silver Spring, MD 20910

(240) 485-1001

www.adaa.org

www.gotanxiety.org

***Association for Behavioral and Cognitive Therapies**

305 Seventh Ave., 16th Floor

Nueva York, NY 10001

(212) 647-1890

www.abct.org

Bazelon Center for Mental Health Law

1101 15th St., NW, Suite 1212

Washington, DC 20005

(202) 467-5730

www.bazelon.org

Freedom From Fear

308 Seaview Ave.

Staten Island, NY 10305

(718) 351-1717

www.freedomfromfear.org

Mental Health America

2000 N. Beauregard St., 6th Floor

Alexandria, VA 22311

(800) 969-6642

www.mentalhealthamerica.net

NARSAD, The National Mental Health Research Association

60 Cutter Mill Rd., Suite 404

Great Neck, NY 11021

(800) 829-8289

www.narsad.org

National Alliance on Mental Illness

Colonial Place Three

2107 Wilson Blvd., Suite 300

Arlington, VA 22201

(800) 950-6264

www.nami.org

***National Association of Social Workers**

750 First Street NE, Suite 700

Washington, DC 20002

(202) 408-8600

www.socialworkers.org

www.helpstartshere.org

National Institute of Mental Health

6001 Executive Blvd., Room 8184, MSC 9663

Bethesda, MD 20892

(866) 615-6464

www.nimh.nih.gov

***National Mental Health Information Center**

P.O. Box 42557

Washington, DC 20015

(800) 789-2647

www.mentalhealth.samhsa.gov

***Obsessive-Compulsive Foundation**

676 State St.

New Haven, CT 06511

(203) 401-2070

www.ocfoundation.org

Parent Advocacy Coalition for Educational Rights

8161 Normandale Blvd.

Minneapolis, MN 55437

(952) 838-9000

www.pacer.org

Libros

Algunos de estos libros son más provocadores que otros, pero todos valen la pena leerlos. Los que fueron escritos específicamente para adolescentes o jóvenes adultos están marcados con una cruz. (†).

Foa, Edna B., and Reid Wilson. *Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions* (rev. ed.). New York: Bantam, 2001.

†Hyman, Bruce M. and Cherry Pedrick. *Obsessive-Compulsive Disorder*. Minneapolis, MN: Twenty-First Century Books, 2003.

Hyman, Bruce M., and Cherry Pedrick. *The OCD Workbook: Your Guide to Breaking Free From Obsessive-Compulsive Disorder* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger, 2005.

Neziroglu, Fugen, Jerome Bubrick and Jose A. Yaryura-Tobias. *Overcoming Compulsive Hoarding: Why You Save and How You Can Stop*. Oakland, CA: New Harbinger, 2004.

Panzel, Fred. *Obsessive-Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well*. New York: Oxford University Press, 2000.

Steketee, Gail, and Randy O. Frost. *Compulsive Hoarding and Acquiring: Workbook*. New York: Oxford University Press, 2007.

Ficción

†Hesser, Terry Spencer. *Kissing Doorknobs*. New York: Laurel Leaf Books, 1998.

†Tashjian, Janet. *Multiple Choice*. New York: Henry Holt, 1999.

Autobiografías

Bell, Jeff. *Rewind, Replay, Repeat: A Memoir of Obsessive-Compulsive Disorder*. Center City, MN: Hazelden, 2007.

Colas, Emily. *Just Checking: Scenes From the Life of an Obsessive-Compulsive*. New York: Washington Square Press, 1998.

Deane, Ruth. *Washing My Life Away: Surviving Obsessive-Compulsive Disorder*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2005.

Summers, Marc, with Eric Hollander. *Everything in Its Place: My Trials and Triumphs With Obsessive Compulsive Disorder*. New York: Tarcher/Putnam, 2000.

Traig, Jennifer. *Devil in the Details: Scenes From an Obsessive Girlhood*. New York: Little, Brown and Company, 2004.

Wilensky, Amy S. *Passing for Normal: A Memoir of Compulsion*. New York: Broadway Books, 1999.

Sitios web

Compulsive Hoarding, Obsessive-Compulsive Foundation,
www.ocfoundation.org/hoarding

MindZone, Annenberg Foundation Trust at Sunnylands con el Annenberg Public Policy Center de la Universidad de Pensilvania, www.CopeCareDeal.org

Obsessive Compulsive Foundation of Metropolitan Chicago, www.ocfchicago.org

Organized Chaos, Obsessive-Compulsive Foundation,
www.ocfoundation.org/organizedchaos

Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Research, National Institute of Mental Health,
intramural.nimh.nih.gov/pocd

TeensHealth, Nemours Foundation, www.teenshealth.org

Ayuda para problemas relacionados

Trastornos de ansiedad

LIBRO

Ford, Emily, con Michael Liebowitz y Linda Wasmer Andrews. *Lo que debes pensar de mí: relato personal de la experiencia de un adolescente con el trastorno de ansiedad social*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Trastorno dismórfico corporal

LIBROS

Phillips, Katharine E. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder* (rev. ed.). New York: Oxford University Press, 2005.

Wilhelm, Sabine. *Feeling Good About the Way You Look: A Program for Overcoming Body Image Problems*. New York: Guilford Press, 2006.

Depresión

ORGANIZACIONES

Depression and Bipolar Support Alliance, (800) 826-3632, www.dbsalliance.org Families for Depression Awareness, (781) 890-0220, www.familyaware.org

LIBRO

Irwin, Cait, con Dwight L. Evans y Linda Wasmer Andrews. *Días grises: relato personal de la experiencia de un adolescente con la depresión*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

Trastornos alimentarios

ORGANIZACIONES

Academy for Eating Disorders, (847) 498-4274, www.aedweb.org

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, (847) 831-3438, www.anad.org

National Eating Disorders Association, (800) 931-2237, www.nationaleatingdisorders.org

LIBRO

†Arnold, Carrie, con B. Timothy Walsh. *Casi nada: relato personal de la experiencia de un adolescente con los trastornos alimentarios*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2007.

SITIO WEB

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, www.anred.com

Trastornos de aprendizaje

ORGANIZACIONES

International Dyslexia Association, (410) 296-0232, www.interdys.org

National Center for Learning Disabilities, (888) 575-7373, www.nclld.org

SITIO WEB

LD OnLine, www.ldonline.org

Abuso de sustancias

ORGANIZACIONES

Alcoholics Anonymous, (212) 870-3400 (consulta el directorio para obtener el número local), www.aa.org

American Council for Drug Education, (800) 488-3784, www.acde.org

Narcotics Anonymous, (818) 773-9999, www.na.org

National Council on Alcoholism and Drug Dependence, (800) 622-2255, www.ncadd.org

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (301) 443-3860, www.niaaa.nih.gov, www.collegedrinkingprevention.gov, www.thecoolspot.gov

National Institute on Drug Abuse, (301) 443-1124, www.drugabuse.gov, www.inhalants.drugabuse.gov, www.teens.drugabuse.gov, www.clubdrugs.gov, www.marijuana-info.org

Partnership for a Drug-Free America, (212) 922-1560, www.drugfree.org, www.checkyourself.com

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (800) 729-6686, www.ncadi.samhsa.gov, www.csat.samhsa.gov, www.prevention.samhsa.gov

LIBRO

Keegan, Kyle, con Howard B. Moss. *Tras un viaje: relato personal de un adolescente con el abuso de sustancias*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2008.

SITIOS WEB

Facts on Tap, Phoenix House, www.factsontap.org

Freevibe, National Youth Anti-Drug Media Campaign, www.freevibe.com

Pensamientos suicidas

ORGANIZACIONES

American Foundation for Suicide Prevention, (888) 333-2377, www.afsp.org

Jed Foundation, (212) 647-7544, www.jedfoundation.org

Suicide Awareness Voices of Education, (952) 946-7998, www.save.org

Suicide Prevention Action Network USA, (202) 449-3600, www.spanusa.org

LÍNEAS DIRECTAS

National Hopeline Network, (800) 784-2433, www.hopeline.com

National Suicide Prevention Lifeline, (800) 273-8255, www.suicidepreventionlifeline.org

LIBRO

Lezine, DeQuincy A., con David Brent. *Desde el octavo piso: un adolescente que elige la esperanza al suicidio*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2008.

Síndrome de Tourette

ORGANIZACIÓN

Tourette Syndrome Association, (718) 224-2999, www.tsa-usa.org

SITIO WEB

Worldwide Education and Awareness for Movement Disorders, www.wemove.org

Tricotilomanía

ORGANIZACIÓN

Trichotillomania Learning Center, (831) 457-1004, www.trich.org

Bibliografía

Libros

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Antony, Martin M., Christine Purdon, and Laura J. Summerfeldt (Eds.). *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Fundamentals and Beyond*. Washington, DC: American Psychological Association, 2007.
- Evans, Dwight L., Edna B. Foa, Raquel E. Gur, Herbert Hendin, Charles P. O'Brien, Martin E. P. Seligman, and B. Timothy Walsh (Eds.). *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, 2005.
- Foa, Edna B., y Linda Wasmer Andrews. *Si su adolescente padece un trastorno de ansiedad: un recurso fundamental para los padres*. New York: Oxford University Press with the Annenberg Foundation Trust at Sunnylands and the Annenberg Public Policy Center at the University of Pennsylvania, 2006.
- Jenike, Michael A., Lee Baer, and William E. Minichiello. *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby, 1998.
- March, John S., and Karen Mullen. *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford Press, 1998.
- Morris, Tracy L., and John S. March (Eds.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2004.
- Ollendick, Thomas H., and John S. March. *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Steketee, Gail, and Teresa Pigott. *Obsessive Compulsive Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies* (3rd ed.). Kansas City, MO: Compact Clinicals, 2006.

Artículos de publicaciones

- Brown, Richard A., Ana M. Abrantes, David R. Strong, Maria C. Mancebo, Julie Menard, Steven A. Rasmussen et al. A pilot study of moderate-intensity aerobic exercise for obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (2007): 514–520.
- Eisenberg, Daniel, Sarah E. Gollust, and Ezra Golberstein. Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care* 45 (2007): 594–601.

- Foa, Edna B., Michael R. Liebowitz, Michael J. Kozak, Sharon Davies, Rafael Campeas, Martin E. Franklin, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 151–161.
- Hu, Xian-Zhang, Robert H. Lipsky, Guanshan Zhu, Longina A. Akhtar, Julie Taubman, Benjamin D. Greenberg et al. Serotonin transporter promoter gain-of-function genotypes are linked to obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Human Genetics* 78 (2006): 815–826.
- Kirvan, Christine A., Susan E. Swedo, Lisa A. Snider, and Madeleine W. Cunningham. Antibody-mediated neuronal cell signaling in behavior and movement disorders. *Journal of Neuroimmunology* 179 (2006): 173–179.
- March, John S., Martin E. Franklin, Henrietta Leonard, Abbe Garcia, Phoebe Moore, Jennifer Freeman et al. Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 61 (2007): 344–347.
- Nakao, Tomohiro, Akiko Nakagawa, Takashi Yoshiura, Eriko Nakatani, Maiko Nabeyama, Chika Yoshizato, et al. Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: A functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry* 57 (2005): 901–910.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The pediatric OCD treatment study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 292 (2004): 1969–1976.
- Sareen, Jitender, Brian J. Cox, Tracie O. Afifi, Ron de Graaf, Gordon J. G. Asmundson, Margreet ten Have, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry* 62 (2005): 1249–1257.
- Twohig, Michael P., Steven C. Hayes, and Akihiko Masuda. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy* 37 (2006): 3–13.

Kit Multimedia

- Obsessive-Compulsive Foundation. *OCD in the Classroom: A Multi-media Program for Parents, Teachers and School Personnel*. New Haven, CT: Obsessive-Compulsive Foundation.

Índice

- Active Minds on Campus, 93
- acumulación compulsiva, 64–65, 88
- aislamiento social, 39
- alcohol, 69–70, 70*t*.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 93
- American Psychiatric Association, 26, 93
- American Psychological Association, 93.
- AMHI. *Ver* Iniciativa para la Salud Mental del Adolescente
- Anafranil. *Ver* clomipramina
- anorexia nerviosa, 72.
- ansiedad, 5–18.
- Antidepresivos, 27, 57-58, 75
- Anxiety Disorders Association of America, 55, 60, 94
- artes marciales, 50, 85
- Association for Behavioral and Cognitive Therapies, 55, 94
- ataques de pánico, 6, 46, 47*t*, 57, 64
- Ativan (lorazepam), 46
- autoestima, 39, 47
- Bazelon Center for Mental Health Law, 94
- bulimia nerviosa, 72, 88
- Celexa. *Ver* citalopram
- centros comunitarios de salud mental, 59
- citalopram (Celexa), 57
- citas/relaciones, 78
- clomipramina (Anafranil), 27, 57-58
- comorbilidad, 67, 88
- compulsiones
- comprobación, 7
 - cuenta, 9
 - acumulación compulsiva, 64–65, 88.
 - orden y disposición, 8
 - rezos y escurpulosidad, 11
 - hábitos extravagantes, 8, 24
 - repetición, 7
 - lavado y limpieza, 7.
- consejeros de salud mental, 26
- Departamento de Educación (Department of Education) de los Estados Unidos, 42*t*, 87
- diagnóstico del TOC, 26.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 26
- EAP. *Ver* programa de asistencia para empleados
- escitalopram (Lexapro), 57
- diario 61*t*
- drogas, 61-69, 69*t*
- ejercicio aeróbico, 60
- empresas farmacéuticas, 60
- enfermeros psiquiátricos, 26
- enojo, 4, 17–18, 23, 45, 51
- escurpulosidad, 11, 35, 36*t*, 68*t*, 89
- escuela
- leyes federales y, 42*t*.
 - secundaria, 15*t*, 64
 - trastornos de aprendizaje y, 75
 - derechos educativos y, 42*t*, 87
- esquizofrenia, 44.
- estrategias de autoayuda, 60
- EX/RP. *Ver* exposición y prevención de la respuesta
- exposición y prevención de la respuesta (EX/RP), 27, 89

FDA. *Ver* Food and Drug Administration de los Estados Unidos

fluoxetina (Prozac), 57

fluvoxamina (Luvox), 57

folie du doute (enfermedad de la duda), 29

Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, 57, 86

Freedom From Fear, 94

GovBenefits.gov, 59

grupos de apoyo, 60

hábitos extravagantes, 8*t*

hipocondría, 72, 89

hospitalización, 17

IDEA. *Ver* Ley de Educación para Personas con Incapacidades

IEP, 42*t*

inflamación de garganta, 14–15

inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (IRSS), 13, 57

Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH por sus siglas en inglés), 95

Insure Kids Now!, 59

IRSS. *Ver* inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina

lavado y limpieza, 7

Lexapro. *Ver* escitalopram

Ley de Educación para Personas con Incapacidades (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, IDEA por sus siglas en inglés) de 2004, 42*t*

Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, 42*t*, 87

Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act) de 1990, 87

lorazepam. *Ver* Ativan

Luvox. *Ver* fluvoxamina

marihuana, 68–69*t*

Marilyn Manson (banda), 18

Medicaid, 59

medicamentos, TOC

- antidepresivos, 27, 57-58, 75

médicos, 25, 51

meditación, 50–51, 56, 60

Mental Health America, 59, 94

NARSAD. *Ver* National Mental Health Research Association

National Alliance on Mental Illness, 95

National Association of Social Workers, 95

National Hopeline Network, 25*t*

National Library of Medicine, 60

National Mental Health Information Center, 95

National Mental Health Research Association (NARSAD), 95

National Suicide Prevention Lifeline, 25*t*

neurotransmisores, 12

NIMH. *Ver* National Institute of Mental Health

Obsessive-Compulsive Foundation, 55, 60

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights), 87

PANDAS, 14-15

Parent Advocacy Coalition for Educational Rights, 42*t*, 96

paroxetina (Paxil), 57

Partnership for Prescription Assistance, 60

Paxil. *Ver* paroxetina

pensamientos suicidas, 20, 24, 57

profesionales de salud mental

- consejeros, 26
- enfermeros psiquiátricos, 26
- médicos, 26

- psiquiatras, 25
- psicólogos, 26
- trabajadores sociales clínicos, 26
- programa de asistencia para empleados (employee assistance program, EAP por sus siglas en inglés), 25
- programa de educación individualizada (Individualized education program, IEP por sus siglas en inglés), 90
- Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Child Health Insurance Program, SCHIP por sus siglas en inglés), 59, 90
- Prozac. *Ver* fluoxetina
- psicólogos, 26
- psicoterapia, 27, 45
- psiquiatras, 25
- relaciones. *Ver* citas/relaciones
- SCHIP. *Ver* Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil
- serotonina, 12-13, 27, 57
 - gen SERT relacionado con la, 13
 - IRSS relacionados con la, 13
- sertralina (Zoloft), 57
- síndrome de Tourette, 11*t*, 71, 91
- suplementos herbáceos, 85
- TAC. *Ver* terapia de aceptación y compromiso
- TCC. *Ver* terapia cognitivo-conductual
- TDAH. *Ver* trastorno de déficit de atención e hiperactividad
- TEPT. *Ver* trastorno de estrés postraumático
- terapia cognitivo-conductual (TCC), 27, 47
- terapia de aceptación y compromiso (TAC), 56.
- terapia. *Ver* psicoterapia
- The Hitchhiker's Guide to the Galaxy (La guía del autoestopista galáctico)* (Adams), 19
- TOC. *Ver* trastorno obsesivo-compulsivo
- TOCP y, 74*t*
- TOCP. *Ver* trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- trabajadores sociales clínicos, 26
- trastorno de ansiedad, 24, 47*t*
- trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 44
- trastorno de estrés postraumático (TEPT), 73, 91
- trastorno del estado de ánimo, 24
- trastorno dismórfico corporal (TDC), 73
- trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), 2, 74*t*
- trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP), 74*t*
- trastornos alimentarios, 98
 - anorexia nerviosa, 72
 - bulimia nerviosa, 72
- trastornos de aprendizaje, 75
- trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, 71
- trastornos neuropsiquiátricos pediátricos autoinmunes asociados con infecciones estreptocócicas (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections, PANDAS por sus siglas en inglés), 14
- trastornos relacionados
 - trastornos de ansiedad, 6, 27, 28*t*, 47*t*, 57, 70*t*, 73
 - TDC, 73
 - trastornos alimentarios, 72
 - trastornos de aprendizaje, 75
 - síndrome de Tourette, 11*t*, 71, 91
 - tricotilomanía, 73.
- tratamiento, 27
- estrategias de autoayuda, 60
- tricotilomanía, 73

universidad, 86

vida de hogar, 44

palabras tranquilizadoras en la, 84.

violencia, 62, 82

virus Ébola, 2

Zoloft. *Ver* sertralina