

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

(Obsessive-compulsive disorder)

Matilde Martínez Anchuela

Grado en Educación Primaria

Universidad de Jaén

Páginas 89-100

Fecha recepción: 19-12-2015

Fecha aceptación: 29-12-2015

Resumen.

En este breve artículo daremos la definición de Trastorno Obsesivo Compulsivo así como sus tratamientos tanto de la perspectiva farmacológica como de la terapia cognitivo conductual. Además, aportaré mi experiencia personal de vida con este trastorno desde que tenía uso de razón, de forma que aquellos que también lo padezcan vean que no están solos en esta batalla contra el irraciocinio que supone tener este desorden neurológico.

Palabras clave: trastorno, desorden, obsesión, compulsión, mente, tratamiento.

Abstract.

This short article will give you the definition of obsessive compulsive disorder and its treatment both pharmacological perspective as cognitive behavioral therapy. Also, I bring my personal experience of life with the disorder since he could remember, so that those who also suffer to see they are not alone in this battle against illogical of having this neurological disorder.

Keywords: disorder, obsession, compulsion, mind, treatment.

Concepto.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), es un desorden que está incluido dentro de los desórdenes de ansiedad que recoge el DSM-VI. La definición que da es la siguiente:

Criterios para el diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo:

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de

cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Bien, el TOC se caracteriza por la presencia de ideas de carácter completamente involuntario en nuestra mente, ideas negativas e irracionales hasta el extremo de desequilibrar a la persona que lo padece así como causarle una alta incapacidad para llevar una calidad de vida normalizada. La persona con TOC se da cuenta de que tiene un problema y de que necesita ayuda. Si esa persona manifiesta síntomas de tipo físico o visible también se percata la familia de la existencia de un problema con esa persona, por el contrario, si los síntomas se manifiestan de manera únicamente mental, es más fácil que la persona esconda lo que le sucede y por tanto que su familia no se dé cuenta de la situación a excepción de estados extremos de crisis que padezca esa persona cuando esté completamente saturada de esos pensamientos intrusos. A pesar de que el paciente se dé cuenta de que esos pensamientos son irracionales, el cerebro no para de producirlos y la persona puede llegar a rendirse ante esta situación, por tanto es necesaria una atención que debe realizarse en el momento del diagnóstico para poder "combatir" este desorden de la mejor forma posible.

Un dato importante, es que el TOC no debe confundirse con las manías que podemos tener todos respecto a algunas cuestiones. Las obsesiones en el TOC invaden la mente de la persona, y ésta no puede sentirse tranquila hasta que no realiza la compulsión que la calma. A diferencia de las manías, las obsesiones crean angustia, no son controlables, son persistentes y disfuncionales, y afectan, en mayor o menor medida, al funcionamiento normal del sujeto en su vida cotidiana. Así mismo preocupaciones o pensamientos puntuales repetitivos e intrusivos, o conductas de rutina de tipo compulsivo son normales en la población general, y no limitan la vida del individuo. En el TOC la intensidad, frecuencia y duración de tales pensamientos y conductas son exageradas, ahí es donde reside la gravedad del trastorno y la diferencia existente con lo que denominamos manías.

Existe una amplia gama de diferentes tipos de TOC:

- **Lavadores y limpiadores:** son personas a las que carcomen obsesiones relacionadas con la contaminación y el contagio a través de determinados

objetos o situaciones (contaminarse a sí mismo o contagiar a los demás).

- **Verificadores:** son personas que inspeccionan de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe. Se sienten obligados a comprobar los objetos, como las cerraduras de las puertas (ser asaltado por ladrones), los listados de contrataciones y los aparatos electrodomésticos (gas, vitrocerámicas, calentador, enchufes). Revisan cajones, puertas y aparatos eléctricos para asegurarse de que están cerrados, con seguro o apagados; viven con temor excesivo e irracional de causar daños a sí mismos o a los demás a causa de una falta de control y verifican constantemente las cosas; desarrollan elaborados rituales de control que hace que sea difícil para ellos completar las tareas diarias.
- **Repetidores:** son aquellos individuos que se empeñan en la ejecución de acciones repetitivas.
- **Ordenadores:** son personas que exigen que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas rígidas, incluyendo distribuciones simétricas (por ejemplo, la disposición de objetos en un escritorio).
- **Ritualizadores mentales:** acostumbran a apelar a pensamientos o imágenes repetitivos, llamados compulsiones mentales, con el objeto de contrarrestar la ansiedad que le provocan las ideas que origina su mente.
- **Numerales:** buscan sentido a los números que les rodean; sumándolos, restándolos, cambiándolos hasta que les da un número significativo para ellos.
- **Atormentados y obsesivos puros:** experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores. No obstante, a diferencia de quienes sufren los demás tipos de TOC, no se entregan a comportamientos reiterativos de tipo físico (sin compulsiones), sino a procesos reiterativos únicamente mentales.
- **Perfeccionistas:** son autoexigentes. Se preocupan por detalles menores e irrelevantes y tienen la necesidad imperiosa de hacer las tareas perfectas y de mantener en un perfecto orden las cosas.
- **Preguntadores compulsivos:** tienen la necesidad de estar continuamente preguntándose a sí mismos o a los demás sobre cualquier cosa por nimia, trivial o absurda que sea.
- **Dubitativos e indecisos (intolerancia a la incertidumbre):** los pacientes con TOC suelen tener dificultades con las situaciones ambiguas e inciertas, y con la toma de decisiones. Suelen preocuparse por los errores y dudar sobre sus acciones. Necesitan la afirmación y certeza necesaria para maximizar la predictibilidad y el control y reducir así la amenaza de forma que puedan paliar esa ansiedad.

Respecto a las causas que pueden originar el TOC podemos destacar la heredabilidad por parte de algún familiar (no necesariamente cercano) y el mal funcionamiento entre ciertos neurotransmisores como puede ser la serotonina (sustancia del cerebro que es la encargada de regular el estado de ánimo, la

agresividad y la impulsividad).

Antecedentes históricos.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes, y por conductas o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza con la finalidad de reducir un malestar o prevenir algún acontecimiento negativo, lo que provoca un deterioro funcional en la vida del individuo. El DSM-IV establece como criterio que estas obsesiones y compulsiones resulten excesivas o irracionales para el paciente, aunque aclara que este criterio no es aplicable a los menores, ya que es frecuente que estos síntomas sean egosintónicos para los niños e incluso para algunos adolescentes. En la actualidad, el TOC es entendido como un único trastorno sea cual sea la edad en el que aparezca, aunque en el 80% de los casos el inicio del trastorno ocurre antes de los 18 años. Existen aspectos diferenciales del TOC en menores y en adultos, entre ellos una mayor proporción de niños que de niñas –cuya distribución es igual posteriormente–, el patrón diferente de comorbilidad, la asociación frecuente a déficit neuropsicológicos y más antecedentes familiares en los cuadros de inicio infantil. Respecto a la etiopatogenia del trastorno, durante décadas se han aceptado explicaciones psicogenéticas, en especial a partir de modelos psicoanalíticos y conductistas. Actualmente, los datos disponibles, desde la neuroimagen, neuropsicología, neuroendocrinología, neurocirugía y neurología, sugieren la existencia de alteraciones cerebrales en el TOC, que han servido para conceptualizarlo como un trastorno neuropsiquiátrico. En el ámbito neuroquímico, se produce una alteración en los niveles de serotonina, especialmente en la corteza orbitofrontal, el córtex cingulado anterior, los ganglios basales y el tálamo, que se consideran implicados en el TOC. Existe una hipótesis inmunológica que explica la alteración del trastorno en un subgrupo de pacientes con unas características determinadas que han sufrido infecciones en la infancia. Desde el punto de vista neuropsicológico, se ha observado la presencia de un déficit en el procesamiento de la información, que afecta especialmente a funciones ejecutivas, aptitudes visuoespaciales y memoria no verbal. El objetivo del presente artículo es revisar algunas de las últimas investigaciones acerca del funcionamiento neuropsicológico del TOC, en relación con las bases neurobiológicas alteradas y los síntomas clínicos del trastorno. Si bien la mayoría de los estudios revisados han sido realizados con población adulta, un apartado está dedicado a los trabajos con población infantil.

Análisis actual de la etiopatogenia.

Las bases biológicas implicadas en la etiopatogenia del TOC se han llevado a cabo desde varias líneas de investigación. Desde los estudios de neuroquímica se observó que los pacientes respondían clínicamente a la clomipramina (antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina), y presentaban disfunciones en las regiones cerebrales moduladas por neuronas serotoninérgicas, particularmente en la corteza. Pero la hipótesis serotoninérgica no puede aceptarse como la única causa del trastorno, debido a que la respuesta a los fármacos no ocurre en todos los casos,

mientras que en ocasiones la mejoría es parcial. En 1995 se describieron diversos casos de varones que habían presentado un inicio brusco y grave de tics y TOC. En estas fechas ya se conocía que en los TOC de inicio prepuberal existía un grupo de pacientes que presentaban un inicio súbito de los síntomas seguido de un período de desaparición progresivo a lo largo de varios meses. Al existir pacientes con TOC y trastorno por tics (TT) que habían padecido infecciones por estreptococo β -hemolítico del grupo A, se pensó que uno de los aspectos causantes del TOC podría estar constituido por factores autoinmunitarios concomitantes a la respuesta inmunitaria antiestreptococo. A partir de aquí se acuñó el término PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections), cuyos criterios diagnósticos quedaron definidos por: la presencia de TOC o TT, inicio de los síntomas entre los 3 años y la pubertad, un curso episódico de la gravedad del trastorno caracterizado por un principio brusco de los síntomas o por sus exacerbaciones dramáticas, exacerbaciones de los síntomas asociadas a infecciones por estreptococo β -hemolítico del grupo A, y anomalías neurológicas como actividad motora o movimientos advénticos. Lo ya referido, unido a la asociación de sintomatología obsesivo-compulsiva con algunas enfermedades neurológicas, como la corea de Sydenham, apoyan la hipótesis etiopatogénica de base autoinmune. Respecto a la neuroanatomía, estudios de neuroimagen han observado en los menores con diagnóstico de TOC que nunca han recibido tratamiento, anomalías volumétricas en la corteza prefrontal ventral y en las regiones estriatales, en el sentido de un aumento del tamaño del cíngulo anterior y una disminución del estriado respecto a la población sana. Además, los volúmenes alterados de estas áreas no se relacionan con la duración del tratamiento, pero sí con la gravedad de los síntomas, por lo que estas alteraciones no serían la consecuencia de la evolución del trastorno, sino que podrían formar parte de los factores etiológicos. Diversos estudios han comprobado cómo esta anomalía tiende a normalizarse con un tratamiento farmacológico o cognitivo conductual eficaz. Baxter et al encontraron en una muestra de pacientes diagnosticados de TOC una disminución del metabolismo cerebral en el núcleo caudado derecho, medido con tomografía por emisión de positrones (PET), en los sujetos que respondieron al tratamiento con fluoxetina y también en los que lo hicieron al tratamiento cognitivo-conductual, estudio que se replicó más tarde y en el que se obtuvieron resultados similares. En este sentido, Gilbert et al, tras estudiar una muestra de 10 pacientes con TOC, con edades comprendidas entre los 8 y los 17 años, que no habían recibido nunca tratamiento, descubrieron mediante resonancia magnética volumétrica (RMv) que el tálamo, después de 12 semanas de tratamiento con paroxetina, redujo su volumen, estando asociado a la disminución de la gravedad de los síntomas. Basándose en todos estos datos, Rosenberg y Keshavan concibieron un modelo etiológico del TOC relacionado con fallos en el neurodesarrollo, cuyo fenómeno central consistía en el desarrollo de una displasia de los circuitos corticales prefrontales ventrales de origen genético o adquirido (por una infección, por ejemplo). Durante la adolescencia se produce una reorganización de la anatomía y funcionamiento del cerebro, en especial de la corteza prefrontal, donde se produce un incremento inicial y una reducción posterior de la densidad sináptica. La reducción del volumen del estriado sugiere una exageración de la poda o una reducción de los elementos neuronales en este trastorno, y el incremento del volumen del cíngulo

anterior puede representar un retraso en esta reducción; es decir, la base anatomofisiológica del TOC estaría constituida por diferentes alteraciones madurativas.

Desde el punto de vista clínico, se sospechaba que el TOC estaba asociado a un déficit en el procesamiento de la información. Después de un período de grandes incongruencias en la bibliografía neuropsicológica del TOC, con hallazgos no suficientemente corroborados, en los últimos años han surgido datos más homogéneos acerca de los déficit neuropsicológicos de este trastorno. Se ha hallado que las funciones cognitivas afectadas con mayor frecuencia en el TOC son las ejecutivas y las aptitudes visuoespaciales, especialmente la memoria no verbal. A pesar de una mayor cohesión en los hallazgos, continúa sin describirse un perfil concreto de las alteraciones neuropsicológicas en el TOC; incluso algunos estudios sugieren que dichos déficit sólo se hallarían en un subgrupo de pacientes. Una dificultad añadida en la investigación del funcionamiento cognitivo estriba en los instrumentos de evaluación empleados, que en ocasiones no son lo suficientemente sensibles para detectar déficit sutiles.

Diversos estudios han hallado en pacientes diagnosticados de TOC una afectación de las funciones ejecutivas responsables de la capacidad para captar los aspectos globales de situaciones o problemas, y de utilizar esta información para priorizar objetivos, planificar y llevar a cabo la conducta de una manera estratégica. Lucey et al compararon una muestra compuesta por 19 pacientes con TOC con un grupo de controles sanos, apareados por edad y sexo. Se evaluaron mediante el test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST), un instrumento sensible a las disfunciones en las áreas prefrontales, y una técnica de neuroimagen funcional (SPECT) para relacionar errores neuropsicológicos y actividad cerebral. Los autores encontraron un incremento en la cantidad de errores perseverativos y respuestas incorrectas. Además, el número de ensayos para completar la categoría fue mayor y el total de categorías menor respecto al grupo control, déficit que fue igual tanto para los pacientes medicados como para los no medicados. Respecto a la neuroimagen, hallaron relación entre las respuestas incorrectas en el WCST y el flujo cerebral en la corteza frontal inferior derecha y el núcleo caudado en el grupo de pacientes. Se consideró que estas dificultades de categorización estaban relacionadas con el hecho de que los pacientes con TOC utilizan un pensamiento sobreinclusivo, de manera que clasifican la realidad en exceso, centran su atención en pequeños detalles y tienen dificultad para ejecutar tareas que requieran razonamiento intuitivo y una visión global. Moritz et al utilizaron el DAT (Delayed Alternation Test) para evaluar el funcionamiento de la corteza orbitofrontal en una muestra de TOC. Esta prueba consiste en acertar la mano en la cual está escondida una moneda. Si el paciente acierta, se cambia de mano, y si no lo hace, se mantiene la moneda en la misma mano. Concluyeron que los individuos con TOC mostraban una dificultad mayor para cambiar las respuestas cuando se enfrentaban a estímulos ambiguos, que explicaría por qué no se pueden distraer de sus pensamientos intrusivos. Otro paradigma que permite la evaluación de las funciones prefrontales es la inhibición de una respuesta automática. Rosenberg et al hallaron un porcentaje elevado de fracasos en la inhibición de respuestas oculomotoras, hecho que se asoció a la gravedad del TOC. Estos fracasos estarían

relacionados con las dificultades para inhibir las conductas repetitivas que configuran uno de los síntomas clínicos del TOC. En resumen, la alteración de las áreas orbitofrontales afecta a las funciones ejecutivas, responsables de la planificación de las acciones, resolución de problemas y adaptación. Si estas áreas resultan lesionadas, provocan inflexibilidad y disminución de la respuesta de inhibición. Estos procesos de flexibilidad cognitiva e inhibición de respuesta, que se hallan disminuidos en los sujetos con TOC, podrían indicar una alteración de la corteza prefrontal, especialmente de las áreas orbitofrontales. Tales alteraciones cognitivas son análogas a algunos síntomas clínicos del TOC, como los pensamientos intrusivos y la dificultad para distraerse de ellos y para inhibir compulsiones u otras respuestas repetitivas o estereotipadas.

Respecto al funcionamiento de la memoria en el TOC, hay una considerable evidencia de la presencia de déficit en la memoria no verbal, aunque últimamente han aparecido diversos estudios que hallan evidencias de alteraciones en el funcionamiento de la memoria verbal. Diversos estudios iniciales observaron afectación de los procesos de recuperación de la información no verbal. Savage et al estudiaron los procesos de recuperación libre y el recuerdo de la información verbal y no verbal aprendida previamente. Descubrieron déficit en la recuperación de la información visual, pero sólo cuando se pedía al sujeto que la evocase libremente, sin que existieran diferencias con el grupo control cuando la recuperación era mediante reconocimiento. Posteriormente se encontraron datos que indicaban que los problemas de memoria no verbal también estarían relacionados con alteraciones en la capacidad de codificación de la información. Savage et al compararon un grupo afectado por TOC con sujetos sanos en la ejecución de la figura compleja de Rey-Osterrieth, y analizaron las estrategias que los sujetos utilizaron para realizar la copia y la reproducción inmediata de la figura. Detectaron un peor rendimiento en el grupo de pacientes debido a problemas en el uso de estrategias para la organización de la información visuoespacial durante la copia de la figura. Estos problemas durante la copia fueron altamente predictores de la cantidad de información que se recuperaba durante el recuerdo inmediato. Estudios relacionados con la memoria han encontrado que los pacientes diagnosticados de TOC muestran dificultad para recordar también material verbal cuando se evalúa mediante el recuerdo de frases, que los autores consideraron que eran debidos a la dificultad en el uso de las estrategias de codificación de la información. Los pacientes mostraron una menor integración de las unidades semánticas presentadas, se fijaron más en los detalles que en el contexto general de la frase y comportaron un déficit en el aprendizaje y en el posterior recuerdo de la información. Otros trabajos también describen disfunciones en la memoria episódica verbal y no verbal relacionadas con alteraciones para el uso de estrategias eficaces de aprendizaje. Estos resultados son coherentes con la hipótesis de que los déficit en la memoria serían secundarios a una afectación frontal, que impide un procesamiento global de la situación y por lo tanto una afectación en la codificación de la información y el posterior recuerdo. En relación con esta dificultad para el aprendizaje de nueva información, el déficit en la memoria puede representar el sustrato cognitivo del fenómeno de la duda patológica y la posterior comprobación. Tolin et al han estudiado la memoria desde una perspectiva metacognitiva y han evaluado la confianza del sujeto hacia su propia memoria. Sus resultados sugieren que

cuando un individuo con TOC está repetidamente expuesto al mismo estímulo, su nivel de confianza sobre su recuerdo, paradójicamente, disminuye. Estos resultados son análogos a las situaciones de comprobación, donde incrementa la duda a medida que el paciente comprueba y necesita repetir la comprobación una y otra vez.

Tanto en adultos como en niños y adolescentes se han hallado evidencias a favor de patrones de déficit en respuestas de inhibición, funciones visuoespaciales, memoria visual y posiblemente verbal, y han quedado preservadas funciones lingüísticas e inteligencia, hallazgos que son compatibles con los actuales modelos neuroanatómicos que implican circuitos corticoestriatal-talamocorticales. En la afectación de las funciones ejecutivas, responsables de procesos cognitivos, como apreciar la globalidad de diferentes contextos, planificar la conducta y modificarla de manera flexible, estarían implicadas las áreas frontoestriatales. Una anomalía en estos circuitos podría explicar los fenómenos intrusivos y las conductas ritualizadas que se llevan a cabo como respuesta a las obsesiones, síntomas clínicos del trastorno. Según los modelos neuropsicológicos actuales, esta disfunción frontoestriatal estaría implicada en la etiología del trastorno y sería la alteración primaria del TOC. Otras capacidades cognitivas, como la memoria no verbal, se verían afectadas secundariamente a través del déficit en las estrategias de codificación de la información y, consecuentemente, de su recuperación espontánea. El déficit de la memoria se ha relacionado con otros síntomas clínicos, como el fenómeno de la duda patológica y la posterior comprobación, que serviría de retroalimentación de esta duda, haciendo que se mantenga en el tiempo. Por otra parte, las conexiones talámicoamigdalinas serían el sustrato neuroanatómico de los componentes afectivos y motivacionales del TOC, ya que es en la amígdala donde tiene lugar la valoración del peligro, la priorización de las demandas de procesamiento de la información y la asignación de significado.

Experiencia personal.

¿Cómo empezar? Realmente, es difícil explicar mi experiencia con tantas palabras sencillamente porque todo se podría resumir en una sola, y esa palabra es pesadilla. Padezco de TOC desde que tengo uso de razón. Al principio, no sabía exactamente qué era lo que pasaba conmigo pero tenía constancia de que algo no iba bien. Se podría decir que los primeros síntomas que se empezaron a manifestar en mí desde pequeña eran de tipo físico, es decir, visible: tocar ciertas veces un objeto, colocar ese objeto en una determinada posición, andar sobre la misma línea de baldosas del pasillo o de la calle e, incluso, lavarme con bastante frecuencia (este último síntoma se fue al poco tiempo). A medida que pasaban los días, los años, me daba cuenta de que aquello no se esfumaba a pesar de mi esfuerzo mental por ignorar esas "cosas", y no sólo no se iban sino que iban en aumento. La frustración que padecía al no saber lo que me ocurría era horrible. A los 12 o 13 años (no recuerdo exactamente) les comuniqué a mis padres, en la medida de lo que pude, que algo no iba bien en mí. Aún tengo en mi mente grabado ese momento en que yo estaba en mi sofá llorando intentando explicar qué me pasaba y sin poder hacerlo. Sin pensarlo dos veces y extrañados sin entender nada me llevaron a la que fue mi primera psicóloga, Magdalena Rodríguez. Al llegar no supe decirle qué me pasaba porque estaban mis

padres delante y no sabía de qué manera proceder a explicar mi situación. Le dije que en mi cabeza había "voces sin sonido", voces que, sin hablar, me daban órdenes rotundas de lo que debía hacer, de lo que no debía hacer, y de cómo hacer las cosas, y que si no les hacía caso me podrían pasar cosas terribles. Ella me pidió que le pusiese un ejemplo, y le puse el ejemplo de "las llaves de casa" porque fue el primero que se me vino a la mente. Cuando llegaba a casa no podía dejar las llaves en cualquier posición porque si lo hacía podría, por ejemplo, morir mi madre, de modo que las llaves las dejaba y las cogía mil veces hasta que, más o menos, mi cabeza me dejaba tranquila. A los pocos segundos de anotar en su cuaderno, nos dijo que padecía un Trastorno Obsesivo Compulsivo, por lo que necesitaba con urgencia la atención profesional necesaria para ello. Al principio, mis padres, al no entender absolutamente nada ni saber por dónde me había podido venir ese problema, decían que lo que yo tenía eran manías en exceso y nada más. Al oír que me decían eso, me venía completamente abajo y me sentía incomprendida y frustrada porque yo sabía que una manía era algo totalmente distinto a lo que a mí me ocurría, yo también tenía mis manías como todo el mundo pero esto no tenía nada que ver, era algo completamente irracional y sin sentido alguno. Posteriormente, mi psicóloga les aclaró la diferencia que acabo de mencionar. En el fondo los entiendo, si unos padres ven que a su hija le está ocurriendo algo extraño que se sale fuera de su capacidad de entendimiento intentan restarle importancia para evitar sufrir y pasarlo mal y, por encima de cualquier cosa, que su hija esté bien.

Estuve yendo a terapia, sin tratamiento, durante un corto período de tiempo. Digo que fue corto porque quise abandonar la terapia debido a que no me notaba mejoría y, en cierta forma, me rendí. Para ello mentí a mis padres y a la psicóloga diciendo que me encontraba mejor, no aguantaba más aquello. Estuve sin ningún tipo de atención hasta los 17 o 18 años. En estos años intentaba hacer como que no pasaba nada pero no solucionaba nada, aquello no se iba de ninguna forma e iba en aumento a una velocidad increíble. A los 18 años, mis padres se separaron y la situación que había en casa era muy conflictiva e insostenible, lo cual fue un punto crucial para que mi cabeza, junto con mi trastorno, estallase. Caí en una profunda depresión y volví a pedir cita para que mi psicóloga me viese. Al observarme me recomendó que debía tomar una medicación, tanto para mi trastorno como para mi estado en ese momento. El psiquiatra me mandó antidepresivos y, también, Orfidal (medio comprimido cada noche). Me encontraba en aquel entonces estudiando Derecho aquí, en la Universidad de Jaén. La carrera me iba pésima, me saltaba las clases para fumar o beber alcohol. Empecé a tomar orfidal de forma descontrolada cada vez que me encontraba mal, lo cual casi me conduce a, quizás, no estar aquí el día de hoy escribiendo esto. Una de las tardes que me encontraba en la Universidad, me encerré en el despacho de la segunda planta del B-4, cerré la puerta, me senté en el suelo e ingerí siete pastillas de orfidal no sé si con la idea de acabar con todo porque no aguantaba más o, más bien, a modo de llamar la atención de forma que me ayudasen de alguna forma a salir del hoyo donde estaba metida. Gracias a que dejé un pie asomando por debajo de la puerta para que mis compañeras viesen que me encontraba ahí en caso de que me pasase algo, me encontraron tirada en el baño inconsciente. Sigo sin recordar absolutamente nada de ese día, me contaron que me cogieron del baño, me llevaron a clase a por mis cosas y, posteriormente me acompañaron fuera donde, según ellas,

pude llamar a mi padre para que me recogiese. A la mañana siguiente, desperté en mi habitación con mis padres mirándome fijamente y llorando. Recuerdo que no podía apenas hablar ni moverme. Me contaron que mi padre tuvo que llamar a la guardia civil en Jaén porque no daba conmigo. Me encontraron al lado de la universidad tirada e inconsciente y llamaron a urgencias. No me llevaron al hospital porque dijeron que todo lo que necesitaba era reposo para recuperarme de la dosis anormal que me había tomado. Al llegar a casa me metieron en la ducha y mi madre me abofeteó para que volviese en mí y, posteriormente, me metieron en la cama. Al escuchar todo lo que había ocurrido y al verles la cara de pánico me di cuenta de que me equivoqué, y que aunque yo no fuese feliz en ese momento por lo que me pasaba, junto con los demás problemas, no debía jamás recurrir a hacer ese tipo de cosas porque lo único que podía conseguir no era arreglar nada, sino provocar un sufrimiento innecesario. Al menos me sirvió para aprender de ello. Dejé de tomar la medicación en ese mismo instante. También recuerdo de esa época algo que me marcó bastante. Todo lo que necesitaba era atención, que me viesen realmente lo mal que me encontraba, que viesen que tenía un problema grave que precisaba de atención lo antes posible pero no sabía explicarlo con palabras, por ello hubo unas cuantas veces que recurrí a autolesionarme, me provocaba cortes en los brazos de forma que, al verlo, viesen que necesitaba ayuda con urgencia. Mientras me los hacía chillaba de dolor y rabia como una loca tirada en el suelo, pero a pesar de hacerlo para captar la atención de mi familia, me los tapaba para no hacerles sufrir mientras yo seguía sufriendo en silencio viviendo en una continua pesadilla de la que necesitaba despertar. También, pasada esa etapa, recuerdo que pasé por problemas de alimentación, perseguía la perfección extrema de mi cuerpo. Pasaron los años, me repuse de los problemas de alimentación y dejé de intentar llamar la atención para centrarme de forma seria en lo que me estaba ocurriendo. Empecé a buscar información sobre lo que me pasaba y a asesorarme de todo ello, fue entonces cuando, un día determinado, sentí la cabeza y analicé todo lo que me había ocurrido detenidamente y llegué a la conclusión de que no podía ser así, debía de haber una solución para llevarlo de la mejor manera posible y realizar mi vida como cualquier otra persona. De modo que aquí fue cuando empecé, por recomendación de la psicóloga y del psiquiatra, a tomar Fluoxetina por la mañana acompañada, por la noche, de medio comprimido de Lorazepam en caso de verme muy agobiada, pero no quise recurrir a esta última, sólo a la fluoxetina. Me matriculé en Educación Primaria en la Universidad y aquí estoy, en el último año de carrera con ganas de poder hacer mil cosas y proyectos no sólo referentes a la carrera sino también en el mundo de la música y en otros ámbitos. Dejé de tomar fluoxetina (bajando las dosis) hace cuestión de un mes para comprobar cómo me encuentro sin ella pero lo cierto es, que aunque me pese, creo que la necesito. Se me olvidaba mencionar un dato importante, he dicho antes que cuando era pequeña los síntomas se me manifestaban de una forma más física y visible, pues bien, de lo físico y visible pasé a lo puramente mental, es decir, a mí no se me ve físicamente ningún tipo de comportamiento extraño, actuó como una persona que tenga su cerebro sano, los síntomas son puramente mentales, mi cerebro es el que "hace y deshace" sin ninguna manifestación a nivel comportamental que sea visible. Tal como he citado anteriormente, la tipología de mi trastorno es la que se denomina como "atormentados y obsesivos puros". Mi modo de proceder y actuar es totalmente normal sin ningún tipo

de indicador de "a esta chica le pasa esto", es decir, si yo no cuento lo que me pasa, nadie lo sabe ni se da cuenta. Este cambio se produjo aproximadamente a mis 21 años. Actualmente, tengo 25 años y, sinceramente, a pesar de no poder ser todo lo feliz que desearía porque el problema que tengo me incapacita bastante, soy feliz y doy gracias diariamente de todo lo que tengo en la vida. Tengo este trastorno, ¿y?, no pienso arrinconarme en una esquina a llorar ni a decir que desgraciada que soy, porque tengo 25 años, soy una chica que creo que tengo aptitudes y valores que si la mayoría de la gente los tuviese seguro que todo iría mejor en la vida. De hecho, y aunque resulte gracioso, hay gente que no padece ningún tipo de trastorno o enfermedad mental y están "como una cabra", peor que yo. Tengo mi carrera casi acabada, me dedico a muchas cosas en mi vida, he sido locutora de radio, he participado en certámenes musicales, en colaborado en teatro, es decir, cosas que realmente me llenan y que me enfrentan a lo que es la vida, no sé, hay gente que tiene problemas muy graves o gente que tiene que estar interna en un hospital y no puede hacer su vida y sin embargo yo sí, por este tipo de cosas es por la que doy gracias todos los días al levantarme, porque tengo todo lo que necesito. Puedo llegar donde yo me proponga y creo que esa sensación es la más satisfactoria que existe, esta razón es la que mayor sonrisa me saca cada día. A parte de ello, soy una chica muy positiva, siempre estoy sonriendo y de buen rollo, no por aparentar, sino porque realmente me siento así. Si necesito medicación en un momento dado no pasa nada, a fin de cuentas el cerebro es otro órgano más, y como tal, necesita su tratamiento y su atención. Tenemos que verlo de esta manera. Si tenemos mal el hígado nos produce tener una serie de problemas que necesitan tratamiento y atención, pues con el cerebro pasa lo mismo, es un órgano que si no funciona bien nos produce una serie de problemas a los que hay que darle tratamiento y atención.

Conclusión.

Tras este breve recorrido por lo que es el TOC y sobre lo que trata, lo único que me queda por mencionar es que no somos unos desgraciados ni tenemos que ser unos infelices por tener este tipo de desorden. Tenemos esto, pero es que el vecino de al lado tiene otra cosa, y la chica que vende en la tienda de abajo tiene también otro problema, es decir, todos tenemos algo, en mayor o menor medida, atendiendo a mayor o menor gravedad. Es cierto que este desorden incapacita muchísimo a la hora de llevar un nivel de vida normalizado pero no debemos rendirnos sino combatirlo de la mejor manera posible. El hecho de que nos pongan medicación y terapia no quiere decir que ya esté todo hecho, sino que somos nosotros mismos los que también debemos combatirlo diariamente armándonos de todas las estrategias necesarias. Como dato final, me gustaría resaltar algo que me hace muchísima gracia, y es cuando le dices a alguien que tienes un TOC y lo primero que te dice es "¡Ah, sí!, los que se lavan las manos tanto"...por favor, una persona con TOC no es una persona que se lave en exceso las manos. Dentro de la amplia tipología que hay, el lavarse en exceso es sólo una de esas tipologías. Yo tengo TOC y me lavo las manos como cualquier otra persona normal, de modo que creo que es necesario leer, estudiar y empaparse bien de un tema antes de afirmar algo que es erróneo. Ánimo a todos los que padecen TOC, esta lucha la ganamos nosotros.