

Los Pensamientos Intrusivos en el Trastorno Obsesivo Compulsivo

Estrategias de control inadecuadas que pueden enfermarnos

¿Quién no ha tenido alguna vez pensamientos absurdos, ilógicos, incluso claramente inmorales y contrarios a sus propios principios?
¿Quién no ha experimentado alguna vez que una idea extraña y totalmente disparatada se entrometa en su consciencia? Pues bien, científicamente hablando, menos del 20 % de las personas. Y sí, en efecto, una cifra que a simple vista parece llamativa, pero es la que sistemáticamente han encontrado las investigaciones que ahondaron en este asunto.

La gran mayoría de nosotros experimentamos de vez en cuando la presencia, en nuestro foco de atención, de ideas descabelladas, incongruentes y hasta contrarias a nuestros valores. Esto es totalmente **normal**. Lo que no es normal y sí puede provocar mucho padecimiento es preocuparse por estos pensamientos y tratar de controlarlos. De hecho, esta es una de las marcas distintivas del **Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C.)**.

Una de las características distintivas y más lastimosas del T.O.C. es la afectación que conlleva en el plano del pensamiento. Quienes padecen el cuadro suelen sufrir mucho a raíz de lo que piensan, cómo piensan y el gran esfuerzo que realizan para **controlar** su pensamiento. Aunque esta característica tiene múltiples causas, una de las más destacadas es el proceso al cual nos referimos aquí, genéricamente

Por: Lic. Ariel Minici, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. José Dahab

conocido como “procesos metacognitivos disfuncionales” o “estrategias inadecuadas de control cognitivo”.

Lo que sí es normal

La mayoría de las personas, más del 80 % según las investigaciones, refieren experimentar pensamientos absurdos, algunas veces contrarios incluso a sus propios principios. A ellos se los denomina “**pensamientos intrusivos**” por la cualidad que poseen de entrometerse en la consciencia de la persona, de forma involuntaria e inconexa con otros pensamientos y actividades. Veamos algunos ejemplos de los pensamientos intrusivos frecuentemente reportados por sujetos normales:

- Saltar desde una ventana o balcón alto.
- Empujar a alguien debajo del tren, auto, colectivo.
- Atropellar y lastimar a alguien mientras manejo y no darme cuenta.
- No haber cerrado adecuadamente la puerta de casa al salir.
- Irme de casa sin avisar, escapar.
- Agredir sexualmente a alguien.

La experiencia de pensamientos intrusivos no sólo no se considera patológica sino que, más aún, se estima que puede tratarse de un fenómeno sano y adaptativo. Podría ser parte importante de la tan exquisita y distintiva creatividad humana, de la capacidad de generar soluciones novedosas a los problemas. Tal vez muchos de nuestros logros culturales tengan en los pensamientos intrusivos una de sus raíces.

Por: Lic. Ariel Minici, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. José Dahab

Lo que no es normal

Preocuparse por los pensamientos intrusivos y tratar, por ende, de controlarlos o prevenirlos; **eso no es sano**. Y como ya anticipamos, en este proceso radica una parte importante de la patología que observamos en el T.O.C. Vamos a dedicarnos a esto con más detalle a continuación.

Pensar sobre el pensar: la metacognición

Como ya sabemos, los seres humanos somos los únicos con la habilidad de producir lo que, en sentido estricto, llamamos **pensamientos**. Nosotros no sólo somos conscientes, sino que también somos conscientes de que somos conscientes, es decir, sabemos que sabemos. Así, por ejemplo, al recordar a las personas que queremos, nos damos cuenta de que nos ponemos contentos o que las extrañamos; lo cual puede por ejemplo llevarnos a evitar o propiciar algunos pensamientos.

Observemos que, en el ejemplo anterior, tenemos dos tipos de pensamientos. Primero, los pensamientos sobre las personas que yo quiero, mi novia, mi hijo, mi amigo; ideas que provocan en mí sentimientos de ternura y placer. Segundo, el pensamiento de que “pensar en tales personas provoca en mí sentimientos de ternura”, vale decir, yo pienso sobre lo que pienso, sé que pensar en mi novia me provoca placer. Este segundo pensamiento se llama **metacognición**, es un pensar sobre el pensar. Más aún, la **metacognición** puede derivar en esfuerzos puntuales por pensar o no pensar determinados contenidos.

Siguiendo con el ejemplo, yo puedo tratar de concentrarme más en los recuerdos relacionados con mi novia pues ello me da placer o por el contrario, si ello me hace

Por: Lic. Ariel Minici, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. José Dahab

extrañarla demasiado y por ende sufrir, puedo procurar distraerme con una película para no pensar en ella.

Todo esto es perfectamente normal y sano. La **metacognición**, el pensar sobre el pensar, no es ningún fenómeno patológico ni novedoso. No obstante, como muchas características adaptativas, sí puede en algunos casos volvérsenos en contra.

Algunas personas se sienten responsables por lo que piensan o tienen la idea errónea de que por pensar reiteradas veces algo es más probable de que suceda. Desde un punto de vista de las variables cognitivas, estas personas poseen **esquemas disfuncionales exagerados**.

Un **“esquema exagerado de responsabilidad personal”** sobre el pensamiento consiste en la creencia de que por tener una idea sobre algún suceso peligroso que podría ocurrir, eso transforma a la persona en un agente responsable de prevenir el suceso indeseado así como de las potenciales consecuencias si el hecho tuviera lugar. Así, por ejemplo, si al salir de mi trabajo, yo pienso que alguien pudo haber dejado el horno eléctrico enchufado, lo cual a su vez puede provocar un incendio; entonces el no ir a verificar el estado del horno me convierte en responsable si un tal acontecimiento tuviera lugar. De ese modo, me siento compelido a regresar a mi trabajo y hacer las verificaciones pertinentes.

Claro está que en los pacientes con T.O.C. esto no sucede aisladamente sino de manera reiterada y frecuente. En este caso, el pensamiento intrusivo “el horno eléctrico puede estar prendido y causar un incendio” combinado con un esquema de responsabilidad personal exagerada nos da por resultado elevadas conductas de verificación, es decir, se trataría de un **T.O.C. de verificación**.

Por: Lic. Ariel Minici, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. José Dahab

Otro ejemplo muy característico es el esquema **“fusión pensamiento-acción”**. Se trata de una creencia por la cual las personas igualan el pensar con el hacer. Esto puede a su vez adoptar dos formas. Por un lado, el esquema **fusión pensamiento-acción** conduce a que la persona considere probable la realización de una conducta si piensa en ello.

Así, por ejemplo, al ver un cuchillo afilado, una persona que padece T.O.C. tiene un pensamiento intrusivo “y si enloqueciera y se lo clavara a mi esposo”. A continuación la mujer piensa “soy una asesina en potencia, puedo matar a alguien”, lo cual la lleva a ponerse ansiosa y tomar medidas para prevenir el hipotético homicidio. Así, la mujer del ejemplo podría evitar entrar en contacto con cuchillos, tijeras u otros objetos punzantes.

Un ejemplo bastante particular de este tipo de casos es el que se ha difundido en los últimos años con la denominación de **“T.O.C. homosexual”**, una expresión **poco feliz** usada para referirse a las personas que se obsesionan y tienen dudas patológicas respecto de su orientación sexual. Se trata de personas heterosexuales quienes tienen algún pensamiento intrusivo del estilo “y si se me ocurre mirar hombres en el vestuario” o “y si me empezara a gustar mi compañero de trabajo”. Luego, de tales pensamientos intrusivos, el sujeto, varón en nuestro ejemplo, realiza una valoración de sus propios pensamientos, se dice a sí mismo “si pienso eso, puedo ser homosexual”, lo cual lo pone ansioso y lo lleva a buscar corroborar su orientación sexual.

Y es con tales conductas de verificación es que se cierra el círculo de la patología, pues el individuo comienza a mirar a otros hombres, particularmente algunos de sus caracteres sexuales y muy frecuentemente a través del uso de videos o fotografías pornográficas con el objetivo de corroborar que no se siente atraído. No obstante, en

Por: Lic. Ariel Minici, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. José Dahab

el proceso se pone ansioso, pierde parte de su autocontrol y al verse a sí mismo mirando a otras personas de su mismo sexo se dice algo así como “y si estoy mirando, es porque me debe gustar”. Vale decir, el mismo acto de verificación es evaluado como peligroso e indicativo de una orientación homosexual, lo cual reinicia el círculo y termina por reforzar la patología.

Una variante bastante observada del esquema recientemente mencionado se denomina “**fusión moral pensamiento-acción**” en la cual, como indica su nombre, la valoración negativa del pensamiento intrusivo tiene una connotación moral. Así, por ejemplo, una persona que padece T.O.C. tiene alguna fantasía sexual espontánea con una persona conocida, luego de lo cual dice a sí misma “qué pienso...soy un inmoral”, razón por la cual siente culpa, malestar y a partir de ello, procura no tener fantasías sexuales similares.

Desafortunadamente, es poco probable que se logre prohibir el pensamiento, de hecho, suele ser lo contrario lo que se logra; el pensamiento que se trata de evitar tiende a aumentar con la consecuente escalada de angustia para quien padece T.O.C.

Las estrategias inadecuadas de control y su tratamiento

En el punto anterior hemos intentado describir brevemente uno de los rasgos más propios del T.O.C., considerado de valor etiológico para el desorden. Uno de los denominadores comunes de los esquemas disfuncionales referidos es el exceso de control del pensamiento que fallidamente, procura operar. Sea por un **esquema exagerado de responsabilidad personal** o por uno de **fusión pensamiento-acción**, el paciente con T.O.C. realiza un proceso cognitivo que podemos resumir en tres pasos:

Por: Lic. Ariel Minici, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. José Dahab

1. Tiene un pensamiento intrusivo.
2. Valora negativamente el pensamiento intrusivo anterior lo cual le genera malestar emocional.
3. Procura controlar o prevenir la aparición de pensamientos intrusivos o de sus consecuencias a fin de aliviar su malestar.

Pero contrariamente a las intenciones de la persona con **T.O.C.**, las estrategias utilizadas para controlar y prevenir la aparición de pensamientos intrusivos fallan, en su peor sentido. No sólo no logran eliminar el pensamiento intrusivo sino que a largo plazo, **lo incrementan**.

En pocas palabras, tratar de prohibir un pensamiento no hace más que incrementarlo. En ello radica gran parte del círculo vicioso en el cual quien padece **T.O.C.** se halla atrapado. Trata de “no pensar” ciertos contenidos, pero ello lleva a un aumento de los mismos; lo cual trae un mayor malestar, pero también un esfuerzo más grande por “no pensar” que redundará en una nueva escalada de los contenidos que se quieren evitar. En fin, un círculo vicioso que puede alcanzar niveles realmente muy elevados, con el consecuente sufrimiento e impacto en la salud y calidad de vida.

El tratamiento

Tal como se deduce de las investigaciones mencionadas sobre los procesos inadecuados de control en el **T.O.C.**, resulta necesario que los pacientes aprendan a no combatir sus pensamientos intrusivos. Para ello, el enfoque de la **Terapia Cognitivo Conductual** cuenta con un conjunto de herramientas entre las cuales se destacan la **Discusión Cognitiva** adaptada específicamente al **T.O.C.**, la **Psicoeducación**, los **Experimentos Conductuales para la modificación de las estrategias inadecuadas de control**, la **Exposición y Prevención de la Respuesta**, entre muchas otras.

Por: Lic. Ariel Minici, Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. José Dahab

Al igual que en el tratamiento de cualquier otro desorden, las técnicas mencionadas deben ordenarse coherentemente en un programa de tratamiento racionalmente guiado por la correcta evaluación del caso. Eso nos brinda muchas posibilidades de remisión definitiva.

Afortunadamente, el **Trastorno Obsesivo Compulsivo**, un cuadro que históricamente se había mostrado muy resistente a casi todas las terapéuticas, hoy empieza a ser tratado con éxito gracias al avance de la investigación científica.