

# Una Terapia Integradora para las Obsesiones, ...

Jaime Fúster Pérez.

Psicólogo Clínico

## Resumen

Desde hace más de 25 años venimos aplicando con resultados satisfactorios, nuestra “*Terapia Integradora para las Obsesiones*”, las grandes olvidadas en el TOC.

Desde la Teoría General de Sistemas (TGS) que exige una visión “*holística*” del individuo, puesto que ve al hombre como un “*sistema abierto*” a su entorno, formado por “*subsistemas*” (circulatorio, nervioso...) y formando parte de “*suprasistemas*” (familia, sociedad,...), nos apoyamos en la filosofía, el lenguaje, la fisiología y la psicología y muy especialmente en la neurología: cerebro, memoria, olvido, valores y emociones, así como su filo y ontogenia, y sus circunstancias familiares, sociales... Conocimientos que transmitimos, en su medida, a los pacientes, para que se *integren* en la terapia como protagonistas, tanto de su problema como de su resolución. Con dichos conocimientos se harán conscientes de qué se les pide y de qué, cuando, cómo y especialmente por qué deben actuar. Aunque se sientan apoyados por su psicólogo, con él sólo están una o dos horas a la semana, durante las restantes han de enfrentarse solos a conocer y superar su problema, para lograr que su vida vaya siendo cada vez más completa, autónoma y feliz.

Posteriormente la hemos ido aplicando, con éxito, a muchos otros trastornos (hipocondrías, adicciones, fobias, celos...) en los que se dan *fases obsesivas*.

Palabras clave: TOC, Obsesión, Terapia Integradora, Sistema, Cerebro, Olvido.

## Abstract

For the obsessional cases we started with a comprehensive therapy and later we applied it to other mind illnesses. From the general System Theory, we can think in “man” as a completed system which is composed by group of systems like muscle system, blood system...; that “man” is also a part of other bigger systems like family, society and so on. The apply this therapy we count the man physiology, in and his mind, his neuronal conexions, his feelings, his personal values, his memory and his oversights. We also count his family origins in, and his social enviroment origen too.

Key word: OCD, GST, therapy, obsesión, phobia, brain, memory

## El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Consideramos que el lector tiene conocimientos suficientes sobre él, por lo que sólo vamos a dar unas muy ligeras pinceladas.

Figura en el DSM-IV-TR (Lopez-Íbor, 2001) en los Trastornos de Ansiedad como F-42.8, del que entresacamos:

En las “**Obsesiones**” se dan pensamientos, impulsos, imágenes recurrentes y persistentes, intrusivos, inapropiados; a veces ridículos y casi siempre absurdos. Causan ansiedad o malestar a quien los sufre que aunque los trata de ignorar, suprimir o neutralizar, porque se da cuenta de que **no son verdad**, mediante otros pensamientos o actos (las Compulsiones) no lo consigue. Nunca son preocupaciones excesivas sobre problemas reales. Pueden ser *preocupantes, repugnantes, obscenas, blasfémicas, carentes de sentido* o pueden tener varias de estas características juntas. La obsesión es una *experiencia pasiva*: sucede a la persona (Silva y Rachman, 1995).

Las “**Compulsiones**”, son conductas, físicas o mentales, repetitivas que en respuesta a obsesiones o reglas, el sujeto se ve obligado a realizar para reducir el malestar o evitar algo temido.

Ambas son reconocidas como propias y provocan malestar clínico, pérdida de tiempo (más de 1 hora al día), e interfieren la vida diaria, familiar, laboral, social, etc.

Otros conceptos a tener presentes en el TOC son:

“*El Disparador*”, que desencadena la obsesión o compulsión. Puede ser “*externo*”, una visión, sonido, olor...; o “*interno*”, pensamientos, ideas, recuerdos...

En la “*Compulsión*”, la existencia de “*temor*”, basado en una lógica arbitraria, en donde “*no se diferencia lo posible de lo probable*” y “*lo pensado de lo hecho*”. Con mucha frecuencia la compulsión va acompañada de un “*pensamiento mágico*”: “*!Si no doy dos vueltas al semáforo...puede morir mi padre...!*” y de “*rituales*” (secuencia rígida, ordenada), en la que una “*interferencia*” en su ejecución suele obligar a la repetición desde su inicio.

También hay que recordar la tendencia de los obsesivos a pedir “*confirmación*” a la familia o personas más próximas, con ella sólo se logra “*reforzar e incrementar*” la conducta que se debería de evitar.

Al empezar hemos dicho que la nuestra era una Terapia para las Obsesiones porque las consideramos las “*grandes olvidadas*” en los tratamientos del TOC, que suelen centrarse en las Compulsiones, como se puede ver en la siguiente cita:

*“De manera implícita se da por supuesto que, una vez que desaparezcan las compulsiones, las obsesiones desaparecerán también” (Gavino, 2005, página 137).*

### **Actuaciones terapéuticas de aplicación en este trastorno**

Los métodos Psicológicos más en boga para la resolución de este trastorno son:

- Actuación sobre la **“Ansiedad”**, en la que está encuadrado el TOC. *“Se parte, pues, de los planteamientos de que sin ansiedad no hay trastorno como tal, es decir no se dan las obsesiones ni las compulsiones”* (misma cita, página 138). Aunque tenemos claro que la ansiedad siempre está presente en este trastorno, y por eso **“siempre actuamos”** para reducirla, no está tan claro que sea siempre un antecedente obligado. La idea obsesiva puede surgir por asociación de ideas, como veremos más adelante y ser ella la que origina la ansiedad subsiguientemente.

-La **“Prevención de Respuesta” (PR)**, por la que se trata de conseguir que el paciente no realice la **“Compulsión”** aunque se den las circunstancias que normalmente la desencadenan. Como también se dice en el artículo de la anterior referencia: *“La PR interviene directamente en las conductas externas. En el caso del TOC en las Compulsiones”*. La consideramos un método de elección y también la usamos.

-La **“Exposición”** para las Obsesiones. En la que se expone al paciente a aquellas ideas o situaciones que le provocan ansiedad. Hemos encontrado en Internet la siguiente información del The Harvard Mental Health, July 1995, en la que se explica como hacen la exposición allí: *“En nuestra clínica, los pacientes son **expuestos** durante dos horas, cinco días a la semana durante tres semanas a situaciones, objetos, imágenes o pensamientos que evoquen su **distrés obsesivo**”*. Esta puede ser una de las razones por las que *“alrededor del 25% de los pacientes tratados no se beneficia del PR”* y de que exista también *“un 25 % de pacientes con este trastorno que rechazan este tipo de tratamiento”* (Gavino, 2005, páginas 143 y 144). Porque la vemos excesivamente agresiva, larga y costosa hemos introducido nuestra terapia.

Consideramos además que en la exposición se da otro factor que nos parece muy importante. En ella, con esas repeticiones intencionadas y continuadas, se realiza un proceso de aprendizaje, **hiperaprendizaje** decimos nosotros, que hace que en la memoria del paciente se fije con más intensidad la idea de la que se quería librar. A pesar de ello no rechazamos la **exposición**, pero preferimos empezar por otra forma de actuar más suave, la que llamamos **Olvido Activo (OA)**. En ella se empieza por rechazar la idea y, conocidos los mecanismos

por los que se graba, consolida y recupera la memoria, se actúa para evitar ese hiperaprendizaje al que nos hemos referido.

Desde el Olvido Activo, caso de no dar el resultado apetecido es factible pasar a la exposición, sin embargo la recíproca no es posible.

### **Su aplicación a otros trastornos**

Tras muchos años de usarla satisfactoriamente con las obsesiones, aplicamos esta terapia a otros desórdenes (de ahí los puntos suspensivos del título). Algunos trastornos del “*espectro de las obsesiones*” y otros en los que personas que no sufren realmente un TOC, “*se obsesionan*”, dicho en términos coloquiales, con determinados asuntos, enfoques y modos de reaccionar o de responder y actúan de forma parecida a como lo harían si lo sufrieran. En todos esos desórdenes se da lo que llamamos “*fases obsesivas*” porque tienen características de las obsesiones (“... *pensamientos, o imágenes recurrentes, persistentes, intrusivos, que causan malestar significativo*” DSM IV-TR)

Las vemos en las “*fobias*”, “*hipocondrías*”, “*celos*”, “*adicciones*”, “*preocupaciones excesivas*” y en otros casos en los que simplemente se requiere modificar un viejo hábito, que quizás útil en su momento, es ahora desadaptativo y entorpecedor. Nuestra actuación terapéutica en esa *fase obsesiva*, es semejante a la que proponemos para las obsesiones.

Usando como ejemplo la fobia a los perros, distinguimos claramente dos fases: una **fase fóbica**, cuando la persona se ha de enfrentar al perro y la “*fase obsesiva*” cuando, sin presencia del perro, se dedica a imaginar lo horrible que sería encontrárselo. La importancia de la *fase obsesiva* radica en que durante mucho tiempo, cada día, de forma habitual, la persona tiene “*vivencias fantaseadas muy intensas y emotivas*” (con miedo en este caso) sobre el motivo de su fobia, que de ese modo se consolida y crece por una constante actualización que la mantiene presente en su conciencia la mayor parte del tiempo, desplazando e impidiendo otras actividades o pensamientos y llegando a entorpecer los más sencillos actos de la vida, de la misma forma que ocurre con las obsesiones.

“**Las fases obsesivas**”, en algunos de los casos nombrados serían:

-En los **celos**, cuando sin que ocurra nada, el celoso piensa en sus temores futuros o en sus celos pasados.

-En las **adicciones**, el tiempo en que se fantasea en lo bonito que sería tomar, o entretenerse con la adicción (drogas, alcohol, tabaco, juego, internet, sexo...).

- Cuando se pretende lograr un **desenamoramiento**, el tiempo en que se recuerde a la persona a la que se quiere olvidar, sean sus virtudes y encantos o defectos.

-En las **hipocondrías, obsesiones y preocupaciones** excesivas, cuando se piensa intensamente en la obsesión, hipocondría o preocupación.

## Terapia Integradora

La Evolución hasta llegar a esta Terapia Integradora ha ido ocurriendo progresivamente a lo largo de años de ejercer y vivir la Psicología. Tras muchas terapias, mucho observar, comentar, leer, estudiar e investigar; desde mi propia experiencia vital y de un contacto, anterior y extenso, con la Investigación Operativa, desde la que me familiaricé con una nueva forma de acercarse a la realidad, la “Teoría General de Sistemas” (TGS). Según su creador, el biólogo Bertalanffy (1901-1973), es una “*integración entre las ciencias naturales y sociales*” necesaria por el agotamiento del modelo “*cartesiano-newtoniano*” que, con sus enfoques “*analítico-reduccionistas*” y sus principios “*mecánico-causales*”, era incapaz de explicar los organismos, las sociedades y las relaciones entre sus elementos partiendo de una “*imagen inorgánica*” del mundo. Frente a ello la TGS reconoce la “*totalidad orgánica*” con el “**SISTEMA**” como modelo al que define como:

*“Conjunto de partes interrelacionadas con un objetivo propio, superior y, en ocasiones, distinto a los de las partes que lo constituyen”.*

La importancia de esas interrelaciones las explica Watzlawick (1993) diciendo: “*Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total*”.

A esa superioridad se la denomina “**SINERGIA**”, que suele expresarse por:

$$2 + 2 = 5 \text{ ó más.}$$

Pese a la novedad del concepto es una idea tan conocida que el poeta Mario Benedetti hace referencia a ella cuando dice en sus versos:

*Si te quiero es porque sos  
mi amor, mi cómplice y todo  
y en la calle codo a codo  
somos mucho más que dos.*

## La visión holística del paciente

Por llegar a la Psicología desde una experiencia de varios años con ese enfoque holístico me chocó el método “científico-analítico” con el que se nos conminaba a estudiar al hombre. Tan sólo procedía observar sus conductas externas y era acientífico preguntar al paciente por aquello en qué creía, pensaba o sentía. Me pareció un modo “reduccionista”, una forma de mirar como a través de una rendija, que más que aproximarnos nos alejaba de su realidad al no considerar aquello que lo caracterizaba como *persona*, cuando era precisamente a la persona, la que disfrutaba, sufría, temía, actuaba, amaba u odiaba, “*diera o no muestras externas de ello*”, a la que como Psicólogos necesitábamos conocer.

Años después, ya con muy larga experiencia profesional, refiriéndome a la necesidad de esa visión global del hombre como sistema, decía a mis alumnos de la Facultad de Psicología:

*“Ser psicólogo y terapeuta es sencillo, solo hay que saber TODO lo que ocurre”.*

Ese TODO incluye conocer con el máximo detalle al paciente y a su problema. Los orígenes de ambos; la historia personal, familiar, ambiental, laboral; lo que siente, cómo vive, cómo ha llegado a su situación actual; su fisiología, su forma de pensar, de afrontar, de resolver; sus valores, los de su entorno, sus recuerdos, su memoria... toda su ontogenia e incluso los factores debidos a la filogenia de nuestra especie que, naturalmente, siguen presentes en él. Igualmente ese *todo* debe tener en cuenta los posibles efectos que las terapias suelen tener sobre la persona como “sistema”, tanto en sus “subsistemas” como en los “suprasistemas” en los que está integrado.

Por otra parte la TGS nos recuerda que aunque todos los organismos tienden a la desorganización (ENTROPÍA) tratan de compensarla mediante la HOMEOSTASIS. Es esta una ley conservadora, parecida a la Ley de la Inercia, en Física, que, como dice Fechner, da a los organismos una “*tendencia a la estabilidad, que pretende evitar los cambios en sus condiciones de vida, conservando (o restableciendo) el equilibrio alcanzado*”.

La consecuencia más importante, que explica muchas de las circunstancias que se dan en nuestros pacientes y en sus problemas y que debe ser considerada como una premisa para cualquier terapia, es:

***“Las personas se acostumbran a vivir como viven”.***

Por ello el cambio que los psicólogos buscamos para nuestros pacientes, siempre será difícil y generará resistencia y miedo, como señalaba Watzlawick en su libro “*Cambio*”. También Berkowitz en “*Cómo ser el mejor amigo de ti mismo*”, cuenta que cuando trataba de conseguir que un paciente suyo cambiase, este le dijo airado:

*“¡Pero no se da cuenta de que si hago eso será reconocer que he estado equivocado los cuarenta primeros años de mi vida!”*

### **Puntos de vista múltiples**

Nuestra terapia es integradora también porque consideramos la conveniencia no solo de ver *todos* los aspectos del paciente-cliente, sino además verlo desde distintos enfoques Psicológicos, aunque sea uno el dominante.

Aplicamos una terapia claramente “*Cognitiva*” en la que fomentamos la adquisición de conocimientos por parte de nuestro paciente. Nos apoyamos en la “*Terapia Racional-Emotiva*” de Ellis (1981) y en la “*Cognitiva*” de Beck (1983).

Empleamos, métodos de la “*Psicología del Aprendizaje*”, con el peso decisivo de los “*Refuerzos*” en la adquisición o evitación de hábitos de comportamiento.

Tenemos en cuenta lo que desde la “*Psicología Dinámica*” se conoce como el “*Desplazamiento de Síntomas*”, que en ocasiones explica la aparición de algunos como consecuencia de situaciones vitales no afrontadas ni resueltas, que mediante ellos muestran la necesidad de que sean atendidas y la de muchos de los “*Mecanismos de Defensa*”. Igualmente nos parece importante el concepto de “**Inconsciente**”, en el que quedan muchas de nuestras vivencias, siendo la definición de “**Jung**” la que nos parece más aceptable para cualquier enfoque psicológico:

*“El **Inconsciente** describe un estado de cosas extremadamente fluido: todo aquello que conozco pero en lo que no estoy pensando en este momento; todo aquello de lo que otrora estuve consciente pero he olvidado; todo lo que mis sentidos perciben pero que mi mente consciente no capta; todo lo que involuntaria e inadvertidamente siento, pienso, recuerdo, quiero y hago; todas las cosas futuras que están tomando forma en mí y que en algún momento llegarán a la conciencia: todo eso es el contenido del inconsciente”* (Daryl Sharp, 1994).

Con todo ello aunque admitimos el peso que su infancia pueda tener en los problemas presentes, solemos iniciar las terapias desde el “*Aquí y Ahora*”.

Ciframos como objetivo la “*Mejoría*”, no la “*total desaparición del problema*”, con frecuencia muy difícil de conseguir, por lo que su búsqueda puede ser la de una frustración. Eso dará lugar, con mucha frecuencia, a que sea la “*Aceptación*” el primero de los pasos en nuestras terapias, puesto que en ocasiones su actual trastorno ha sido una solución para adaptarse a sus circunstancias del momento.

Desde la “*Neurología*” buscamos los modos y las formas en que el funcionamiento del cerebro puede estar incidiendo, en el problema. Tenemos en cuenta el funcionamiento de la “*Memoria*”, la importancia de las “*Emociones*”, de la “*Asociación de Ideas*” y el inapreciable “*Valor del Olvido*”. Cómo, la reiteración de conductas, entendidas como actividades humanas de cualquier tipo, observable o no, genera los “*hábitos*”, estilos de respuesta económicos y automatizados.

### **La Integración del paciente en su terapia**

El tercer nivel de integración de nuestra terapia, quizás el más importante, es conseguir que nuestro cliente (paciente) adquiriera el máximo de conocimientos sobre todo lo que acabamos de nombrar, para que entendiéndolo por sí mismo como inciden todas sus circunstancias en él y él en ellas, vaya sabiendo con sus terapeutas, como debe de comportarse, qué hacer para mejorar y qué conductas le pueden hacer empeorar, de forma que “*no sean un paciente obediente*”, sino que por sí mismo promueva las acciones más interesantes, terapéuticamente hablando. Hemos de tener presente que con su psicólogo, desde nuestro enfoque, estará como mucho una hora a la semana y que las restantes 167 estará sólo con su problema y que la adquisición de un nuevo hábito tan sólo es posible con tiempo y reiteración.

Tratamos de conseguir que nuestros pacientes adopten un “*locus de control interno*” (Rotter,1966) desde el que se sepan los principales y casi siempre los únicos actores en la resolución de su problema.

## El Cliente y su Cerebro

Desde esa visión globalizadora nos parece especialmente importante la idea de Rogers, de sustituir la idea de *paciente* por la de *cliente*, porque coincidimos con él en que las terapias han de ser “**CON nuestro cliente**”, en vez de “**SOBRE nuestro paciente**”.

Para poder actuar **CON él...**, hemos de tener presente que las personas viven consecuentemente a cómo piensan y sienten, a sus valores e intereses, etc. Todo eso y consecuentemente toda acción y/o reacción que se produzca en una persona como tal, “**se produce en, desde y por su cerebro**”. Como consecuencia consideramos necesario conocerlo, así como en la forma en que se va desarrollando desde el nacimiento, aunque sólo sea a nivel fenomenológico.

*“Al tiempo de nacer, el cerebro de un niño tiene el máximo número de neuronas – cerca de cien billones- sin embargo su volumen es solo el 26% del de un adulto”* (Akarin 2002). Eso se debe a *“que al nacer las conexiones neuronales son escasas y muchos de sus axones aun no están cubiertos por la mielina, pero se crean a enorme velocidad en la infancia”* (Carter 2002, págs. 21 y 22).

Lo dicho señala la **“enorme importancia de los primeros meses y años de la vida, en si mismos y en su influencia posterior continuada”**. Conforme el niño crece se ponen en conexión un número cada vez mayor de áreas cerebrales ya que la **“Mielinización”** se va extendiendo poco a poco. *“Los lóbulos frontales, que no entran en juego hasta alrededor de los seis meses, no se mielinizan del todo hasta la plenitud de la edad adulta”* (Carter 2002).

Creemos que cuando **Locke** se refería a la **“Tábula Rasa”** no pensaba en lo que acabamos de nombrar, pero la realidad es que la aparición y el crecimiento de las conexiones entre neuronas y la mielinización de sus axones, pese a ser operaciones **absolutamente fisiológicas**, son las que van integrando y conformando esa **Psikhe**, que aún hay psicólogos que consideran ajena al cuerpo. Como dice **Punset** (2007) *“El Alma está en el Cerebro”*.

## Neuronas, sinapsis, engramas y hábitos

Múltiples experiencias en nuestro hacer terapéutico, nos han mostrado que **“Viejos Hábitos Indeseables”** de nuestros pacientes, **“curados”** mediante terapias adecuadas, reaparecían de improviso tras varios años durante los que se había **“confirmado y mantenido aquella curación”**. Más asombrosa que la reaparición de aquellos **hábitos** era la coincidencia en la forma en que los clientes se expresaban: **“He sentido absolutamente lo mismo”**. Eso

indicaba que aquellos hábitos, aunque ocultos se habían mantenido intactos a lo largo del tiempo. Consideramos que ese hecho insistentemente repetido debe de tener un sustrato **neurológico** que lo explique; de la misma forma que debe tenerlo eso, que todo el mundo sabe, de que *“andar, escribir, vestirse, leer, nadar, montar en bicicleta, etc.”* nunca se olvida. El viejo refrán español: *“Genio y figura hasta la sepultura”*, nos hace pensar en esas mismas bases.

Ya **“Pinillos”** en su obra *“Principios de Psicología”* (1977), dice: *“...al tocar los aspectos biológicos de la memoria es necesario decir que las supuestas **huellas o ENGRAMAS mnésicos** son, por ahora, construcciones hipotéticas muy verosímiles, pero no entidades neurológicas realmente observadas. De alguna manera, no cabe duda, los conocimientos retenidos por el sujeto han de estar representados en su cerebro”*.

**“Luria”** se refiere a *“la conservación duradera de HUELLAS en el sistema nervioso”* de los animales y concluye *“...el cerebro humano es capaz de conservar huellas precisas del estímulo...”* durante un tiempo muy largo (Ruiz Vargas, 1994).

Así pues esos **Engramas**, están **materialmente** presentes en el cerebro (como conjuntos de conexiones neuronales o sinapsis). Se han formado y se mantienen, amplían y consolidan en respuesta a sensaciones, pensamientos, necesidades, ideas, acciones, sentimientos, etc. Cada nueva vivencia estará condicionada por las informaciones anteriores, acumuladas ya en el cerebro, pues como dice Delgado (1989) *“el sistema nervioso no está rígidamente organizado por determinación genética, sino que existe un alto grado de adaptabilidad durante el desarrollo de las conexiones nerviosas”*.

Los engramas, cánones, patrones o redes neurológicas, actúan a modo de **programas informáticos** para resolver cualquier tarea, sea motora o cognitiva, pero, al ser **programas vivos** (formados por sinapsis), se consolidan, actualizan, amplían y enriquecen cada vez que entran en funcionamiento. Ellos constituyen el *“sustrato neurológico”* a que antes nos referíamos al hablar de aquellos *“viejos hábitos de nuestros pacientes que permanecían intactos a lo largo de mucho tiempo”*.

Está claro que la repetición perfecciona la realización de cualquier actividad, y que en cada ejecución el cerebro da las instrucciones precisas a cada nervio, músculo u órgano que ha de intervenir. Las personas cada vez realizan mejor sus tareas pese a que le prestan menos atención, porque los procesos se va **automatizando**. Para aprender una nueva actividad, por ejemplo montar en bicicleta, se usa la corteza cerebral, pero cuando esa habilidad se domina, se vuelve automática y la responsabilidad de su ejecución pasa a las neuronas de partes menos superficiales del cerebro, con lo que quedan neuronas libres en la corteza para nuevos aprendizajes; lo mismo sucede con los actos cognoscitivos. Señala Ratey

(2003): “*Al principio se usa la corteza para aprender cuatro por cuatro o a formular una pregunta gramaticalmente correcta, pero cuando se dominan esas tareas se transfieren a partes inferiores del cerebro y se vuelven automáticas*”.

El **engrama**, que da lugar al **hábito**, permite actuar sin que sea necesario reflexionar cada uno de los pasos, como sí que ocurre mientras se está aprendiendo una conducta nueva. Es por ello por lo que los hábitos son considerados métodos económicos y automáticos de funcionamiento.

En los engramas, habrá “**huellas genéticas y aprendidas**”. De estas últimas las de los primeros momentos de nuestra vida, tendrán mucha importancia pues habrán influido en la construcción de la mayoría de los engramas posteriores<sup>1</sup>. Habrá huellas de todos los actos, situaciones, emociones, deseos y miedos, salud y enfermedades etc. Tanto de los que hemos sido conscientes como de los que permanecen en el inconsciente.

### **Memoria, Olvido y Ruido**

Las huellas o engramas a que nos estamos refiriendo forman la “**memoria**”, que se puede definir como “*la capacidad de los organismos vivos de adquirir, retener y utilizar información o conocimiento*” y cuya “*función primaria en el hombre es dotarlo del conocimiento necesario para guiar una conducta **adaptativa** con independencia de la complejidad de la situación*” (Ruiz Vargas, 1994). Por otra parte se ha de tener en cuenta que: “*La memoria registra todo lo que recibe, sin seleccionar nada, por lo que también registra, recuerdos irrelevantes*” (o.c.).

Cada **huella** mnémica, está constituida por un conjunto de imágenes, sonidos, olores, texturas, asociados a palabras o frases con una semántica propia y también a estados emocionales concretos. De este modo, esas huellas se interrelacionan entre sí formando estructuras que actúan como elementos de consulta en el momento de establecer una actividad. En esa función adaptativa de la memoria, las “**Emociones**”, que son las que señalan lo que es importante, la potencian para “*conseguir que aumente la probabilidad de que los sucesos ocurridos en ese estado (emotivo) sean recordados en el futuro –y evitados, si son desagradables-, o evocados, si agradables*” (Carter, 2002, Pág. 164).

La recuperación en la memoria se ve facilitada cuando las ideas se asocian cumpliendo las leyes de “**Semejanza, Contigüidad y Causalidad**” que formuló el filósofo inglés Hume (1711-1776). En un sentido parecido Acarín recientemente (2002, pág. 197)

---

<sup>1</sup> El lenguaje popular que suele ser tan expresivo dice: *Las primeras papillas nunca son digeridas.*

dice: *“De la misma forma que evocamos un recuerdo, como el de la maestra que de niños nos enseñaba una canción, podemos rememorar también la emoción, el olor, los colores y las imágenes de aquella escena, incluso cuando no recordamos la canción. El recuerdo ha quedado disperso en distintos puntos del córtex cerebral y al estimular una parte salen los demás detalles como si tiráramos del hilo en una madeja”*.

*“El OLVIDO es la incapacidad de retener o actualizar información, sea por pérdida de la misma o por dificultad al acceso a la memoria a largo plazo”*. Siempre lo hemos visto como una deficiencia, sin embargo ya W. James sostenía que *“ La función especial de la memoria no es el recuerdo sino el Olvido”*, ya que sin él sería muy difícil abstraer, razonar, pensar y sobre todo resolver y actuar adaptativamente. Ruiz Vargas (1994) dice así mismo:...”*del mismo modo que sería un grave problema la incapacidad para olvidar información irrelevante, lo sería aun más no poder olvidar cosas con una fuerte carga emocional negativa, por ejemplo una violación”*.

Como dijimos al hablar de las Obsesiones, nos apoyamos en usar el olvido mediante lo que llamamos *“Olvido Activo”*, procurándolo voluntariamente para que no crezcan y se consoliden determinadas ideas que consideramos indeseables.

Así ampliamos el dicho popular: *“El tiempo todo lo cura”*, cambiándolo por:

***“El tiempo todo lo cura... si le dejas”***

Y aquí hacemos clara referencia a ese modo activo de que el olvido atenúe las viejas huellas y en especial que estas no se mantengan de actualidad permanente, cosa que ocurre cuando alguien se obsesiona por una idea, sea esta una obsesión propiamente dicha o una preocupación de cualquier tipo, como hemos señalado al referirnos a las *“fases obsesivas”*.

Si hablamos de memoria, recuperación y olvido, nos parece conveniente hacerlo de otro factor que también influye, el **RUIDO**. En Teoría de la Comunicación, se considera *“ruido toda información ajena a la que se trata de transmitir, que puede enmascararla u ocultarla y que entorpecerá la adquisición, consolidación y recuperación de la memoria”*, de tal forma que con ruido las huellas de memoria serán más débiles que sin él. Como hemos dicho del olvido, el ruido, no siempre será nocivo y será útil para estas terapias. También como hacemos con el olvido, frecuentemente usamos el ruido para realizar una interferencia que dificulte tanto la grabación, como la consolidación y la recuperación de la memoria a determinadas ideas o pensamientos que queramos extinguir, o al menos debilitar.

Desde la base neurológica, desde las neuronas, las sinapsis, los engramas o cánones, consideramos ahora explicables, tanto las recaídas de nuestros pacientes, no solo en estos trastornos sino en cualquiera otro, a las que no encontrábamos justificación; como lo de que nadar, montar en bicicleta, etc. no se olvida; la facilidad de muchos ancianos en contar viejas historias que a veces nunca habían nombrado durante su vida; la de que una persona que había estudiado la carrera de piano de niña, sin haberlo nunca tocado durante treinta años, mantuviera su conocimiento y su capacidad aunque en principio se viera reducida su habilidad manual; cosa que por otra parte es habitual para casi todo lo que en algún momento haya sido una habilidad sea esta manual o cognitiva.

Todo ello confirma nuestras experiencias, y nos lleva a otra conclusión, que consideramos de gran importancia porque explica muchas de las cosas que en nuestro quehacer terapéutico no tenían explicación. Por ello a tener en cuenta en todo tipo de terapias:

***“Nada de lo que se aprende se puede desaprender”.***

Está claro que no nos referimos a temas de estudio, ni a *las palabras sin sentido* de la psicología experimental, sino a aquello que voluntaria o involuntariamente, de forma consciente o inconsciente hemos aprendido para adaptarnos a la realidad o a lo que en su momento nosotros considerábamos como tal.

Por otra parte estimulamos a cualquiera a una simple reflexión individual que le servirá de confirmación.

### **Cambios en nuestras terapias**

El objetivo de las terapias es: *Sustituir viejos hábitos indeseables por otros nuevos más adaptativos.* Refiriéndose a los **hábitos**, Delgado (1989) dice: “...son una forma de actuar *rápida, ordenada y habilidosa*” y, más recientemente añade: “*Nuestros actos son completamente automáticos, dependiendo de largos períodos de aprendizaje que cristalizan almacenándose en la memoria como fórmulas de respuestas más o menos complicadas. El automatismo robotizado de la mayoría de los pensamientos, de los sentimientos y de las conductas es normal*” (Delgado,1994).

Con lo visto creemos que hemos de cambiar en algo los modos y las ideas de nuestras terapias.

Lo señalado sobre **hábitos y engramas** nos es útil para tratar de realizar “*ese sustituir*” de que hablábamos, ya que, por repetición de conductas “**es posible construir**

**nuevos engramas”** que se manifestarán en hábitos nuevos más adaptativos que sustituirán a los viejos e inadecuados.

De todos modos hemos de recordar que **“no se destruyen los viejos engramas”**, que permanecerán en nuestro cerebro. Lo que haremos intencionadamente será no usarlos, para evitar que sigan creciendo e insistir en nuevas conductas para que crezcan y se confirmen nuevos engramas que progresivamente por su repetición se irán haciendo más poderosos y llegando a ocupar los primeros planos de nuestra conciencia se sobrepondrán a los antiguos.

Pero todo esto, que los psicólogos sabemos, lo han de realizar nuestros clientes. Por ello es conveniente que sepan y entiendan lo más claramente posible, **qué, por qué, para qué y cómo** han de hacer para evitar los viejos hábitos y sustituirlos por las nuevas conductas que sugerimos, que al principio al no ser *habituales* tendrán que imponérselas razonadamente a sí mismos cada vez.

Consideramos que es este **el más importante de los cambios** en nuestras terapias, el de la integración y actuación de nuestros clientes en ella, de forma que cada uno sea consciente de que sus acciones u omisiones, inciden en **su terapia** y producen retroalimentaciones en prácticamente todos los sistemas que lo integran y en los que está integrado. Es algo parecido a lo que se conoce como *el efecto mariposa*.

### **Cómo lo explicamos a nuestros pacientes**

A continuación señalamos la forma en que explicamos a nuestros pacientes, lo relativo al funcionamiento de su memoria. Se trata de un nivel muy divulgativo, que podrá ampliarse desde los textos nombrados en la bibliografía y que conviene ajustar al nivel cultural de cada uno.

#### **LA MEMORIA**

Usando como símil una cinta magnetofónica para representar la memoria, en esta, como en la cinta los sonidos, las percepciones (todas: sonidos, visiones, sabores, texturas, emociones, recuerdos,...) **“se graban secuencialmente”**, una tras otra, conforme van ocurriendo.

Si, por ejemplo, en la cinta queremos guardar y que se pueda recuperar con facilidad una información, que representamos por la letra **“a”**, podemos grabarla en distintos lugares de la cinta, **“repetiéndola”** (Figura 1); o bien, en un solo lugar de la cinta ocupar mucho espacio como si grabáramos un sonido **“a”** continuado, **“durante mucho tiempo”** (figura 2) ; o combinando ambos métodos. También podríamos, grabarla una sola vez con una intensidad

de sonido mucho mayor, como un grito, que representaremos con una “A” mayúscula (Figura 3). En cualquiera de los casos la probabilidad de recuperar el sonido "a" al pasar la cinta deprisa será mayor que si sólo se hubiese grabado una sola “a” en tono normal.

a a a a

Figura 1

aaaa

Figura 2

A

Figura 3

Aclaremos que la cinta no está vacía, solo con la información “a”, como hacemos figurar para mejor comprensión, sino que en los espacios que aparecen sin nada habrá otras informaciones o música, palabras, ruidos, etc.

Yendo desde el símil a la memoria, representamos en cada pedazo de cinta la memoria de las 24 horas de un día. Si se ha experimentado una vivencia, pensamiento, sensación, idea, etc., **cuatro veces**, cuatro se habrá grabado y la probabilidad de recordarla, o de que acuda a nuestra conciencia sin pretenderlo, será mayor que si sólo lo hubiese sido una vez. Lo mismo ocurriría si esa experiencia hubiese **durado** mucho tiempo (figuras 1 y 2).

Estos dos modos de “**memorizar**” (solos o combinados), “**repetición y duración**” han sido formas clásicas de estudio (recordemos las tablas de multiplicar repetidas una y otra vez durante mucho tiempo). La tercera opción corresponde a “**vivencias de gran emoción**” (una boda, el nacimiento del primer hijo, un accidente...) que pese a ser muy breves o antigua, se recuerdan como si se acabaran de vivir. También en la enseñanza se han usado estas formas de estimular la memoria, mediante competiciones, desafíos entre grupos, etc. y a esa forma se le ha llamado “**estudio activo**” (figura 3). Con los tres sistemas, sólo o combinados, se puede conseguir no ya un aprendizaje sino un “**hiperaprendizaje**”.

Hemos de tener presente además que por la “**ley de asociación de ideas**” (Semejanza, Contigüidad y Causalidad) nos pueden aparecer pensamientos o recuerdos inesperados, debido a que hayamos recibido algunos estímulos sin darnos cuenta.

### **Recordar es volver a vivir**

Por otra parte es importante destacar que “**Recordar**” no es, como en algún momento se ha dicho, extraer una ficha de un fichero, leerla y volverla a poner en el fichero. En las personas no hay fichas sino conexiones neuronales (vivas) que resuenan juntas en un momento dado. Por ello, “**Recordar es volver a vivir**” es, además del título de una vieja canción, una afirmación correcta en cuanto al funcionamiento de la memoria. Los recuerdos constituyen una nueva vivencia, vuelven con la carga afectiva que pudieron tener en su

momento, pero además se adaptan a las circunstancias de cada aparición y se van modificando (es muy significativo el título del libro: “*El Cerebro nos engaña*” de Rubia, J.). La modificación de los recuerdos no es sólo en cuanto a sus valores representativos sino incluso a nivel afectivo, de forma que “*nunca volveremos a experimentar dos veces lo mismo con absoluta exactitud*” (Carter 2002). Cuantas más veces recuperemos un recuerdo más irá creciendo y ampliándose su huella mnésica, cuanto más afectivamente lo recibamos, indistintamente sea con afecto o rechazo, con alegría o temor, más importante lo haremos y también más fácilmente nos volverá a nuestra conciencia.

Hemos de tener presente que en la memoria y por esa función adaptativa que es su razón de ser, las huellas mayores corresponden a las cosas más importantes y las cosas son importantes o por su peso afectivo o por la frecuencia con las realizamos. En todo esto hay por lo tanto una retroalimentación que consecuentemente hace que las cosas con huella afectiva se recuerden más que las que son neutras.

Aplicando todo lo dicho estaríamos en condiciones de hacer un buen aprendizaje, “*hiperaprendizaje*”, que aquello que hemos querido aprender quede muy fijo y destacado en la memoria. Consecuentemente es lo destacado lo que más veces nos aparecerá lo busquemos o no; una vez más hay un refrán que nos lo confirma: “*De la abundancia del corazón habla la boca*”.

### **Nuestro objetivo y el del propio trastorno**

En el caso que estamos considerando tanto en las *obsesiones* como en todos los trastornos en los que se den esas *fases obsesivas* que citamos, lo que pretendemos es lograr todo lo contrario a ese hiperaprendizaje, atenuar las huellas de esas ideas. Por ello nuestra conducta ha de ir en dirección contraria a si quisiéramos conseguirlo.

El propio trastorno que actúa como si intencionadamente quisiera mantenerse, tendiendo a crear inseguridad en el paciente que con frecuencia se pregunta si realmente quiere dejar de pensar en eso y si el psicólogo tendrá razón en lo que le dice. Además favorece ese hiperaprendizaje porque:

– Repetidamente trae esas ideas, cosa “**que no es posible evitar**” (recordar la figura 1 y la ley de asociación de ideas).

– Ideas sobre las que normalmente se reflexiona, aunque sea tratando de rechazarlas con razonamientos. Con ello se le dedica atención y tiempo (duración, figura 2), que incrementa la huella en la memoria, por lo que “**se deben rechazar de inmediato, sin reflexionar sobre ellas**”. Hay que tener en cuenta que el hecho de reflexionar es muy natural

y el que hemos aprendido para resolver los problemas que se nos presentan, sin embargo podemos darnos cuenta de que, en estos casos, nuestras reflexiones siempre son semejantes y prácticamente nunca aportan nueva información. Se asemejan a la acción del animal que hace girar la noria de un pozo vacío, no se obtiene más que el sufrimiento del animal.

– Además en la mayoría de las ocasiones esas ideas viene acompañadas de **“temor, o deseo”**, (emociones, figura 3) incluso en los caso en los que ya hemos decidido rechazarlas, nos produce rabia el hecho de que vuelvan a llegar, cosa por otra parte esperable (no debería sorprendernos lo esperable) ya que son ideas muy enraizadas en nosotros. **“Debemos evitar todas las emociones anejas”**, porque todas sirven para hacer más destacada e importante la huella en nuestra memoria y repetimos, cuando más importante sea más veces y con más intensidad nos volverá a acudir.

---

Resumiendo de las ideas que queremos rechazar, hemos de:

– **“EVITAR:”** **“Repetirlas”**, **“reflexionar”** sobre ellas (que **“duren”**), **“emocionarnos”** positiva o negativamente por ellas, incluso **“enfadarnos”** por el hecho de que lleguen.

–**“PROCURAR”**: **“Olvidarlas, (OA)”** y **“entorpecer su grabación, consolidación y recuperación en la memoria”** mediante cualquier tipo de acción simultánea, que supondrá un **ruido**.

### **El modo de hacer.**

Empezamos con una **evaluación exhaustiva**, según dijimos al hablar de la Teoría General de Sistemas.

Como casi todos los trastornos que hemos nombrado van acompañados de **“ANSIEDAD”** con la que se produce una constante retroalimentación, tratamos de resolverla o atenuarla desde el principio y estamos pendientes de su evolución durante toda la terapia. Usamos siempre cuestionarios para determinar su nivel, como la **“Escala de Hamilton”**, la de los **“Life events” de Holmes y Rahe** (1974) u otras.

En los casos, relativamente frecuentes, en los que hemos encontrado **CRISIS DE PÁNICO**, dado lo relativamente sencillo que suele ser la terapia para conseguir que al menos no haya repeticiones, lo hacemos preferente e inicialmente. El éxito en ello, como cualquiera

obtenido en los pacientes del TOC debe ser usado como refuerzo y apoyo a una terapia que suele ser larga y cuya mejoría es muy paulatina.

Es también frecuente que el TOC aparezca junto algún trastorno de tipo “**DEPRESIVO**”, por lo que también administramos siempre algún cuestionario, preferentemente el de “**Beck**”.

En los supuestos de que la ansiedad o la depresión fuera muy elevadas, remitiríamos el paciente al “**PSIQUIATRA**”, puesto que en tales casos no se encuentran en condiciones de hacer frente a las importantes demandas que le vamos a hacer para que se enfrente con sus obsesiones y/o sus compulsiones o las ideas en cualquiera de los otros trastornos mencionados.

El cuanto al TOC y los otros trastornos citados, nuestra atención se centra en las *obsesiones* y en las *fases obsesivas*.

Interesa que el sujeto rellene una serie de cuestionarios para determinar hasta que punto su trastorno es importante. Usamos los cuestionarios o escalas **de Padua** (Inventario de Obsesiones), la **Heteroaplicada de Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo**, aunque es un tanto dificultosa de administrar y corregir, el **Inventario de Maudsley** y una **escala del Síndrome Obsesivo**. Con esta información establecemos una línea base y luego cuando se consigue mejoría se puede volver a aplicar, porque resulta reforzador el darse cuenta de esa mejoría.

En el TOC solemos empezar actuando en la forma habitual de las terapias cognitivo-conductuales sobre las compulsiones, ya que por tratarse de conductas concretas es más fácil conseguir éxitos iniciales, que aprovechamos para estimular al sujeto a que se siga esforzando, dada la mayor dificultad de la actuación con las obsesiones.

Hemos de advertir que para resistirse a las compulsiones es inevitable el **sufrimiento**, debido a la ansiedad que se genera al rechazar o disminuir sus demandas (de hecho solemos decir que si no hay algo de sufrimiento no se va a lograr la mejoría). Podemos también explicar que en caso de ir cediendo, las compulsiones irán siendo cada vez más insistentes, por lo que ese sufrimiento del rechazo, tras un período relativamente corto será menor que el que se tendría en caso de acceder a las compulsiones.

Centrados ya en las obsesiones o fases obsesivas, nuestro modo de actuar es diferente al modelo médico, con el que seguramente llega nuestro paciente. Aquí no hablamos de **curación**, de total desaparición del trastorno, se trata de construir nuevos engramas, capaces de generar nuevos hábitos que sustituyan a los viejos. El objetivo será la **mejoría** en sí misma, que por una parte indica que el camino es el adecuado, por ello la consideramos como objetivo, no como fin, sino como refuerzo para continuar, y, por otra, permite vivir más

cómodamente. Tampoco hablamos de **pacientes**, que sufren y esperan a ser curados, sino de **clientes**, que colaboran activamente en su terapia.

**El énfasis** lo ponemos en esa integración del paciente, basada en el **conocimiento** de su proceso: Cómo se originó y consolidó; cómo y qué, mantiene y hace crecer su trastorno; armas de las que dispone para luchar contra él durante la terapia y tras ella; cuáles de sus actuaciones son oportunas o contraproducentes para mejorar y en qué forman inciden sobre sus hábitos y sobre los engramas de su cerebro para consolidar o atenuar el trastorno y conseguir nuevas formas de respuesta.

Tanto a las “**obsesiones**” como a las ideas de las “**fases obsesivas**” de los otros trastornos las llamamos “**ideas inconvenientes (ii)**”, porque originan angustia y aparecen con demasiada presión, reiteración e inoportunidad, ocupan excesivo tiempo en nuestra conciencia. Para ambos tipos usaremos los mismos métodos para combatirlos. Sin embargo mientras que las obsesiones suelen ser absurdas (al principio de nuestra terapia las llamábamos *ideas locas*) y por lo tanto prescindibles, las ideas que subyacen en los demás casos en que se dan las fases obsesivas suelen ser reales, aunque en ocasiones sean exageradas. El rechazar las obsesiones es más fácil dado lo absurdo de su contenido, para rechazar las ideas inconvenientes (ii) en los otros trastornos hay que apoyarse en el hecho de que son realmente inconvenientes y en ningún caso resolutivas del problema al que se refieren, aunque no sean falsas, ni absurdas.

La primera acción con nuestros clientes es convencerlos de lo innecesario de esas **ideas (ii)**, en ambos casos, y que por lo tanto no se angustien por su llegada, que al principio seguirá ocurriendo con frecuencia, dado lo muy cultivadas que han sido por ellos mismos, ni tampoco por su significado, sea el que sea.

Recordando cómo se graban, consolidan, asocian y recuperan las ideas en la memoria, deberán, como hemos reseñado en lo dicho a los pacientes:

- 1) **Evitar la repetición, duración y emotividad** de la idea inconveniente (ii).
- 2) **Favorecer el olvido (Olvido Activo**, evitando todo aquello que pudiera favorecer el hiperaprendizaje al que nos hemos referido).
- 3) **Facilitar el ruido**, para dificultar la consolidación. (cualquier actividad simultaneada con la (ii) actuará como **ruido** puesto que requerirá cierto grado de atención, de forma que para la (ii) no se dispondrá del cien por cien).

Haciéndolo así para no reforzar su engrama, rechazándolas tranquilamente, sin emoción (para lograrlo mejor se les enseña la “**Detención de Pensamiento**”). Debe quedar muy claro que el reflexionar sobre una idea, aunque sea para rebatirla, la enraiza en la memoria (el: *No piense usted en un elefante azul*, lleva a pensar en él).

Hay que advertir para que, a más largo plazo, tampoco se asusten y sepan cómo reaccionar cuando una **idea que creían ya extinguida** les aparece de nuevo (los viejos engramas no se destruyen).

Conviene que sean conscientes que durante la mayor parte del tiempo estarán **solos** frente al problema. Es conveniente por ello que aprendan a **auto-reforzarse** por **todos sus éxitos** y **todas las veces**, deben considerar **éxito cualquier esfuerzo**, sea positivo o no su resultado; **no son fracasos las recaídas** que son esperables (seguir actuando según los viejos hábitos, no es un fracaso, pues los hábitos siempre son muy fuertes y automáticos), cuando ocurran y es normal que ocurran, no hay que ser derrotistas y seguir actuando. Sólo se considera **fracaso** el no proponerse a continuar esforzándose en el futuro.

Han de ser conscientes también que ellos son los verdaderos protagonistas de la resolución de su problema y que **“las terapias (todas) requieren tiempo, dedicación, constancia y cierta dosis (en ocasiones alta) de sufrimiento”**, al actuar contra los hábitos establecidos. También que la **inseguridad** y la **falta de confianza** son típicas de los obsesivos. Pese a ello deben evitar pedir **confirmación** (*¿verdad que no es posible que yo...?*) a la familia o a los próximos. Esta ha de reforzar la actuación en pro de la terapia pero ni tranquilizarlos ante sus dudas angustiosas, ni mucho menos facilitarles la realización de ningún ritual de tipo compulsivo. Debe quedar claro que aunque la familia también sufre consecuencias del problema, este es realmente **su problema**.

Secuencia resumida de cómo actuar ante una idea indeseable (ii)

– **Llega la idea**: Ni asustarse, ni enfadarse. Es normal que sigan llegando al principio, están muy cultivadas y aprendidas. Es imposible evitarlo a corto plazo.

– **Analizar la idea**. Puede ser **“nueva”** o **“conocida”**.

a) Es **Nueva**: Reflexionar sobre ella, tomando notas (a comentar luego con el psicólogo) para evitar entrar en **“bucles de pensamiento”**. Si se califica como intrascendente o inconveniente, este debe de ser un **“criterio inamovible”** futuro. **“Rechazarla ya siempre, automáticamente y sin emoción”**.

b) Es **Conocida** y calificada ya como **“inconveniente”**. **“Rechazarla”** sin emocionarse, ni filosofar sobre ella, ya ha sido estudiada y calificada. Si no se logra rechazar, reflexionar con lápiz y papel, como en las nuevas.

## Estilos Obsesivos. Clases de Ideas

En muchos casos tanto en los “**obsesivos**” donde es frecuente que de una idea obsesiva se pase a otra, en los “**hipocondríacos**”, en los que tras una enfermedad aparece otra diferente, en algunos “**adictos**” que también pueden pasar de una a otra adicción, en los “**preocupados**”, etc. encontraremos más que una idea o preocupación obsesiva un “**estilo obsesivo**” de actuar propio de esa persona. Hay que explicar por lo tanto que podrá establecer una especie de “**clase de ideas**” que en él aparecen con más frecuencia, entonces lo que debe de tener claro es que *“cualquier idea de esa **clase** debe de ser rechazada”*.

### Conclusión

En nuestra experiencia los pacientes suelen entender muy bien todo el proceso de los engramas, memoria, olvido y ruido, especialmente el más sencillo. Les gusta conocerlo y entienden cuándo hacen las cosas bien y cuando no, comprobando en la práctica que lo que han aprendido es cierto, que son capaces de aplicarlo y obtener resultados.

Tras muchos años de aplicarla, primero en obsesiones y después en muchos otros trastornos, consideramos que es una terapia muy eficaz y esperanzadora en el abordaje de las obsesiones y de muchos otros trastornos de tipo muy diverso.

De todos modos aquí no hemos dado más que una visión general de la terapia, muchos de los puntos requerirían un desarrollo mayor (de hecho hemos impartido cursos sobre esta terapia de más de 20 horas de duración), pero nos saldríamos de nuestro objetivo que es simplemente presentar esta terapia que usamos satisfactoriamente. De todos modos creemos que con lo dicho y reflexionando sobre ella puede ser aplicable. Y facilitamos nuestro correo por si alguien quiere realizar algún tipo de consulta.

Enero del 2008

Jaime Fúster Pérez  
Psicólogo Clínico  
jaime@cidai.com

## Bibliografía

- Acarin,N.(2002).*El cerebro del rey*. Barcelona. RBA.
- Almendro Manuel (2002) *Psicología del Caos*. Vitoria. La llave D.H.
- Alonso, M.(2001) *Patología obsesiva*. Madrid. Neurociencias.
- Austin,T.(2000).Teoría de sistemas y sociedad. Fundamentos socioculturales de la educación. Universidad"Arturo Prat".
- Barbara,L.Michel,T.Rasmussen,S.(2001). *Aprender a vivir con el trastorno obsesivo-compulsivo*. Barcelona. Atoc.
- Barcia, D. (1992) *Trastornos de la Memoria*. Barcelona. MCR.
- Bear,M.F.Connors,B.W.Paradiso,M.A.(1998). *NEUROCIENCIA. Explorando el cerebro* .Barcelona. Masson.
- Beck,A y otros.(1979).*Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Boer, J. & Westenberg, H. (1997) *Trastornos del Espectro Obsesivo Compulsivo* Ámsterdam Synthesis
- Brailon,M.G.(1980). *El sistema nervioso central*. Madrid. Alhambra.
- Carter,R.(2002).*El nuevo mapa del cerebro*. Barcelona. RBA.
- Constance,H.(2002).*El trastorno obsesivo-compulsivo en el mundo infantil y juvenil*. Barcelona. Atoc.
- Crespo, A. (1997) psicología General. Memoria Pensamiento y Lenguaje. Madrid. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cruzado, J. (1993) *Tratamiento comportamental del Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Terapia de Conducta y Salud. Fundación Universidad Empresa.
- Daryl Sharp (1994) *Lexicon Jungiano*. Cuatro Vientos Editorial. Santiago de Chile
- Davinson, G.Neale,J.(1980).*Psicología de la conducta anormal*. México. Limusa
- Delgado, J.M.R.(1989 ) *La felicidad*. Temas de hoy. Madrid. 11ª Edición
- Delgado,J,M.(1994). *Como descubrir y utilizar los secretos de la mente*. Madrid. Temas de Hoy
- Delgado, J.M.R.(1996) *Mi cerebro y yo*. Temas de hoy. Madrid. 3ª Edición
- Delgado, J.M.R.(2001) *La mente del niño*. Madrid. Aguilar
- Diez-Quevedo, C y Sánchez Planell, L. (2001). El espectro obsesivo-compulsivo. *Patología Obsesiva*, 7-18. Edit Neurociencias
- Deutsch,G.Sally,P.(2001).*Cerebro izquierdo-Cerebro derecho* .Barcelona. Ariel.
- Ellis, A. Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva* Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Frank Tallis (1999) *Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Una perspectiva Cognitiva y Neurológica*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Gail,B.Torchia,M.(2002). *El profesor : Un eslabón crítico en la detección del trastorno obsesivo-compulsivo en el mundo infantil y juvenil*. Barcelona. Atoc.
- Gavino,A. Godoy,A. Moreno,B. Esteve,R. Rodriguez-Naranjo, C. 1988. *Obsesiones: Teorías, evaluación y tratamiento*. Promolibro. Valencia

- Gavino, A Trastornos Obsesivo-Compulsivo: Criterios diagnósticos y tratamiento Psicológico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, Abril 2005 Valencia Promolibro
- Gonzalez,A.Jiménez,S.(2000). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos. Primer Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Hawkins, J. & Blakeslee, S. (2005) *Sobre la Inteligencia* Madrid Espasa Calpe S.A.
- Ian Jakes (2001) *Enfoques Teóricos del trastorno obsesivo-compulsivo* Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Jakes, I. *Enfoques teóricos del trastorno obsesivo compulsivo* DDB. Bilbao
- Jenique, M.A. Baer, L. Minichiello, W (2001) *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid. Harcourt
- Llinás, R. (2003) *El cerebro y el mito del yo* Barcelona Belacqua
- Lopez-Ibor J. y Valdés M. (2001) *DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson. Barcelona
- Mallinger, A. De Wize, J. (1993) *La obsesión del perfeccionismo*. Barcelona. Paidós
- Mark F. Bear. Barry W. Connors.,Michael A. Paradiso (1998) *Neurociencia. Explorando el cerebro*. Barcelona. Masson
- Menchon,J 1997. Espectros y trastorno obsesivo compulsivo. *Psiquiatría Biológica*. 4-5-176.
- Michael,A.Lee,B.William,E.(2001).*Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid. Harcourt.
- Mora,F.(2002).¿Cómo funciona el cerebro?.Madrid. Alianza.
- Mora,F.(2003).*El sueño de la inmortalidad*. Madrid. Alianza.
- Mora,F.(2002).*El reloj de la sabiduría*. Madrid. Alianza.
- Padmal de Silva y Stanley Rachman (1995) *Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Los hechos*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Peter,E. Jack, M. Neil, J.(2002).*Tratamientos de los trastornos mentales*. Madrid. Alianza.
- Pichot, P. Giner, J. Ballus, C. (1990) *Estados Obsesivos, Fóbicos y Crisis de Angustia*. Madrid. Aran
- Pinillos, J.L (1977) *Principios de Psicología*. Alianza Universidad 4ª Edición
- Pirrafé,J.(2001).*Estrategias terapéuticas en el toc refractario*. II Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Punset, E (2007) *El Alma está en el Cerebro Aguilar* 7ª Edición Madrid
- Ratey, John J (2003) *El cerebro: Manual de instrucciones*. Barcelona. Debolsillo
- Romero, P & Gavino A. Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Influencia Recíproca entre la evolución del concepto y los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, Abril 2005 (156—171) Valencia Promolibro
- Ros Montalban, S. Gracia Marco, R. Rodríguez Castro, R. 1998.*Terapéutica de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos* . Barcelona. Esteve.
- Ruiz Vargas J, (1994) *La memoria humana: función y estructura*, Alianza. Madrid
- Samuel M. Turner y Debora C. Beibel *Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Barcelona. Martínez Roca
- Sharp D (1994) . *Lexicón Jungiano* Santiago de Chile. Cuatro Vientos editorial

- Silva, P y Rachman, S. (1995) *Trastorno obsesivo-compulsivo. Los hechos*. DDB. Bilbao.
- Tallis, F. (1999) *Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una perspectiva Cognitiva y Neuropsicológica* DDB. Bilbao.
- Vallejo,J.(2000). Avances y futuro en relación a los trastornos obsesivos. Primer Congreso de Psiquiatría.
- Vallejo,J.Berrios,G. (1995). *Estados obsesivos*. Barcelona. Masson.