



Asociación de Psicología de Puerto Rico

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

www.asppr.net E-mail: info@asppr.net

Revista Puertorriqueña de Psicología
Volumen 20, 2009

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas¹

Amelia Rodríguez-Acevedo²
Psych Wellness Corporation

José Toro-Alfonso
Universidad de Puerto Rico

Alfonso Martínez-Taboas
Universidad Carlos Albizu

Resumen

Esta investigación parte desde un acercamiento biopsicosocial y empleó una metodología cualitativa para conocer cómo las personas diagnosticadas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) significan el vivir con dicha condición. Participaron nueve personas diagnosticadas con TOC. Perciben el TOC como una entidad externa, que está en contra de sus valores. Presentan dificultades relacionadas a empleos, relaciones de amistad y de pareja. Las relaciones familiares se han impactado negativamente. Personas con una actitud positiva han logrado metas personales y profesionales, incidiendo en una mejor autoestima. Se identificaron problemas con la adherencia al tratamiento. Explican ser víctimas de burlas y comentarios despectivos por su condición. Expresan que entienden van a lograr superar la condición o al menos mantenerse estable.

Palabras claves: *Trastorno Obsesivo-Compulsivo, acercamiento biopsicosocial, método cualitativo*

¹ *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en febrero de 2009 y aceptado para publicación en marzo de 2009.

² Toda comunicación sobre este trabajo debe hacerse a la primera autora a jyamet@yahoo.com

Abstract

The present study is based on a biopsychosocial approach and employs a qualitative method to make sense of how people learn to live with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Nine persons diagnosed with OCD participated. They perceive this condition as an external entity, totally incongruent with their values. Couple, friendship, and job difficulties were found. Family dynamics were negatively affected. People with positive attitudes were prone to accomplish personal and professional goals, having an effect on better self-esteem. Problems in treatment adherence were identified. They explain that they have been victims of disapproving and contemptuous comments. They believe they are going to overcome this disorder or at least will maintain a stable lifestyle.

Keywords: *Obsessive-Compulsive Disorder, biopsychosocial approach, qualitative method*

Al acercarse al desarrollo del estudio de la psicopatología, puede observarse que la conceptualización que se hace al respecto está íntimamente ligada al paradigma hegemónico del momento. Esto sucede con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), que ha tenido diversos nombres y conceptualizaciones a lo largo de la historia. Toro-Martínez (2001) explica que anterior al siglo XIX las obsesiones eran atribuidas a influencias malévolas de Satanás. Según Toro Martínez lo expresa: “Hace no mucho tiempo los pacientes mentales eran declarados poseídos por el demonio y quemados como ‘castigo’. Esta horrible práctica se le aplicaba a los que sufrían TOC, histeria, o síndrome de Gilles de la Tourette” (Yaryura & Neziroglu, 2001; p.14). Sin embargo, ya para el siglo XIX el TOC comenzó a estudiarse desde un punto de vista clínico. Tal y como lo expresa Berrios (1996): “Durante el siglo XIX las obsesiones fueron exitosamente clasificadas como un tipo de insanidad (monomanía), como una neurosis (la definición antigua), como una psicosis (la nueva definición), y finalmente se tornó en una nueva clase de trastornos neuróticos” (p.150). Al día de hoy existen múltiples explicaciones etiológicas para este trastorno, basándose en los presupuestos principales de cada modelo teórico.

Definiciones Generales y Aspectos Epidemiológicos

Las definiciones del TOC aluden a la presencia de sus dos com-

ponentes, obsesiones y compulsiones, y a las descripciones de los mismos. De forma general, al hablar de obsesión se hace referencia a pensamientos intrusivos, que son de carácter molesto y difícilmente pueden ser evitados. Por otra parte, las compulsiones, se refieren a acciones que se ejecutan de manera repetitiva, con el propósito de reducir la ansiedad que provoca el pensamiento intrusivo. La explicación de ambos componentes sugiere una dificultad por parte de la persona para controlar sus pensamientos y sus acciones.

Algunos autores como Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh y Iyengar (2005) plantean que más que hablar del TOC como una sola entidad debería considerársele un espectro. Señalan que existen otras condiciones hermanas, que resultan variaciones o modalidades del TOC. Entre ellas señalan la dismorfia corporal, Tricotilomanía, el Síndrome de Gilles de la Tourette y comportamientos automutilatorios, entre otros. Este es un planteamiento que ha sido motivo de debate, particularmente dentro de la psiquiatría. Para propósitos de este trabajo estas condiciones asociadas han sido conceptualizadas e incluidas como extensiones del TOC, por lo que se integrarán a la guía de entrevista y al análisis.

Prevalencia del Trastorno

Diferentes investigadores señalan que existe igual proporción entre hombres y mujeres con el Trastorno Obsesivo Compulsivo [National Institute of Mental Health (NIMH), 2001; Yaryura & Neziroglu, 2001]. Se explica que en la niñez es más común en varones y tal diferencia comienza a disiparse en la niñez media y la pubertad (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003; Lewin, Storch, Adkins, & Merlo, 2005; Penzel, 2000).

Se ha encontrado cierta variación en lo que se refiere a la edad de comienzo. Por una parte, algunos, como la *American Psychiatric Association* (2000), mencionan que usualmente comienza en la adolescencia o adultez temprana. Otros, como Lewin y colaboradores (2005), indican que el 80% de los casos comienza en la niñez. Esta discrepancia puede deberse a diagnósticos equivocados así como al extenso periodo de tiempo que tarda una persona en buscar ayuda. Yaryura y Neziroglu (2001) exponen que existe un periodo aproximado de siete años entre la aparición de los primeros síntomas y la búsqueda de ayuda, esto ya que en muchas ocasiones las personas buscan ayuda

cuando se presentan altos grados de disfuncionalidad, y por temor a no ser comprendidos. Es esta la razón por la cual estos autores le llaman a esta condición la epidemia oculta.

En Estados Unidos se estima que el 2.3% de la población, entiéndase 3.3 millones de personas, de entre los 18-54 años, presentan la condición (NIMH, 2001). Canino, Bird, Shrout, Rubio-Stipec, Bravo, Martínez, *et al.* (1987), realizaron un estudio de prevalencia sobre los diversos trastornos psiquiátricos en Puerto Rico, en el cual señalan que “aproximadamente uno de cada 30 sujetos cumple con los criterios para el desorden obsesivo-compulsivo” (p. 730).

Acercamiento Teórico Biopsicosocial

Existen múltiples explicaciones etiológicas, algunas de tipo biológicas, psicológicas, intrapsíquicas, relacionales, entre otras. En su mayoría, suelen ser explicaciones unidireccionales, adjudican una relación causal entre determinado factor y el emerger del TOC. El propósito principal de esta investigación ha sido conocer cómo las personas diagnosticadas con el TOC otorgan sentido a su experiencia de vivir con dicha condición. Por tal razón, se ha partido de un acercamiento biopsicosocial para la explicación y acercamiento a esta condición porque se consideró que la misma responde a una interacción de factores, entre ellos, psicológicos, biológicos y sociales (incluyendo los espirituales). Este acercamiento provee una visión integral del ser humano y sus situaciones de vida. Martínez-Taboas (2005) explica que los modelos teóricos más sofisticados y prometedores en el campo del estudio de la psicopatología se basan en planteamientos biopsicosociales. Al respecto, Gilbert (2002) entiende que la psicología debe moverse hacia el desarrollo e implantación de acercamientos biopsicosociales.

Desde una perspectiva biopsicosocial se entiende que los fenómenos son el producto de una interrelación de factores y que resulta necesario considerarlos en su totalidad e interacción. Difiere de las teorías y explicaciones psicológicas convencionales, en tanto éstas centran la explicación de las condiciones mentales en un solo factor o aspecto del ser humano. Kumpfer, Trunnell y Whiteside (1990) dan énfasis al término transaccional, dentro de este planteamiento, con el que se refieren a que los diversos factores y/o componentes del ser humano actúan por sí mismos y en relación a los demás de manera dinámica y recíproca.

Serrano-García y Bravo (1998) presentan los principios básicos del modelo biopsicosocial (Tabla 1). Implican que las enfermedades resultan del producto de una serie de factores que se relacionan entre sí y que se encuentran en desequilibrio. De esta forma, difieren de la noción tradicional de enfermedad como alteración puramente biológica o psicológica. Factores espirituales, sociales, y biológicos, entre otros, afectan la salud de los seres humanos. Además, enfatizan la importancia de los significados que la persona y sus seres significativos generan en torno a la enfermedad. Estos significados se ven permeados por aspectos de índole social, económica, entre otros, los cuales resultan del grupo cultural al cual se pertenece. Con esto último se remite a uno de los principios básicos de este modelo, y es la visión de que la realidad es una construcción.

TABLA 1
Principios Básicos del Modelo Biopsicosocial (Serrano-García & Bravo, 1998, p.12)

<i>Categorías</i>	<i>Modelo Biopsicosocial</i>
Ontología	La realidad se construye.
Metodología	La realidad se conoce, construye y altera mediante variados métodos y técnicas.
Concepto de enfermedad	La enfermedad es el resultado de un desbalance de los elementos biológicos, sociales, culturales, económicos y espirituales.

Método

Diseño de investigación

El diseño de investigación de este estudio es uno transversal exploratorio. Se seleccionó este diseño porque permite explorar un tema poco conocido, en una fase inicial, y delimitado en un momento específico. Este tipo de estudio se recomienda para temas pocos estudiados, tal como sucede con este trastorno, y pretende formar una base que propicie estudios posteriores. Con este diseño hemos pretendido explorar y conocer las particularidades de la experiencia de vida de las

personas con TOC, según percibido y relatado por estas personas en el momento en que se realizó la entrevista. Esto va de la mano a un método cualitativo fenomenológico que busca entender cómo las personas experimentan los fenómenos (hechos, eventos y situaciones). Desde esta perspectiva los eventos existen porque son vividos y significados por las personas. A su vez, estos supuestos, son compartidos por la perspectiva biopsicosocial que da base a este trabajo.

Se seleccionaron las personas participantes del estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión, y la protección de los sujetos humanos. Una vez culminado este proceso, se dio paso a la elaboración de la hoja de consentimiento, hoja de datos sociodemográficos, y la guía de entrevista semi-estructurada. Particularmente, desarrollamos las guías de entrevistas basándonos en los objetivos del estudio y en la revisión de literatura. A base de la guía de entrevista establecimos las categorías y subcategorías de análisis, mediante la guía para el análisis de contenido.

Contamos con la colaboración de la Fundación Obsesivo-Compulsivo de Puerto Rico³ para la búsqueda de participantes y con la Clínica Universitaria de Servicios y Estudios Psicológicos⁴ para poder referir participantes a servicios psicológicos de éstos necesitarlos. A su vez, hicimos contactos informales con profesionales de la psicología que tienen práctica privada.

Este trabajo fue aprobado por el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (CIPSHI). Éste se encargó de revisar los aspectos éticos y relevantes a la protección de los prospectos participantes del estudio.

Participantes

Pretendíamos contar con diez personas diagnosticadas con TOC, sin embargo, por dificultades para obtener las mismas se completó con nueve participantes. A través de la Fundación Obsesivo-Compulsivo de

³ Esta fundación brinda servicios de consejería y grupo de apoyo para personas con TOC y es libre de costos.

⁴ Esta clínica es parte del Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Funciona como centro de adiestramiento en investigación y servicios clínicos para los estudiantes del programa graduado de psicología. Los servicios están abiertos a la comunidad en general y son libre de costos.

Puerto Rico se consiguieron ocho personas y la novena, a través del referido de una colega.

Las personas participantes completaron una hoja de datos generales que permitió conocer las características demográficas de las personas entrevistadas. Además, la primera parte de la entrevista contó con una escala de síntomas que fue utilizada de manera cualitativa para poder conocer las obsesiones y compulsiones presentes entre las personas participantes.

De las nueve personas que participaron del estudio, siete se identificaron con el género masculino y dos con el femenino. El rango de edad osciló entre los 21 y 55 años. En su totalidad eran de nacionalidad puertorriqueña, ocho con zona residencial urbana y uno en zona rural. En términos de escolaridad, una persona completó escuela superior, dos poseían algunos créditos universitarios o preparación vocacional, cuatro tenían bachillerato y dos maestría o doctorado. Al momento de la entrevista, una persona estudiaba a tiempo completo, una estudiaba y trabajaba a tiempo parcial, dos trabajaban a tiempo completo, cuatro estaban desempleados y uno retirado. En cuanto al ingreso anual, cuatro personas cobraban menos de \$10,000, uno entre \$10,001 y \$20,000, uno entre \$20,001 y \$30,000, dos entre \$30,001 y \$40,000, y una persona no identificó recibir ingreso alguno.

Según reportado al momento de la entrevista, una participante vivía sola, una con pareja consensual, uno con esposo(a), uno con esposo(a) e hijos(as), dos vivían con ambos padres, y tres con la madre. En cuanto a la afiliación religiosa y/o espiritual, ocho eran pertenecientes a la religión católica y una a la evangélica.

A través de la escala de síntomas pudo identificarse las obsesiones y compulsiones más frecuentes entre las personas participantes. Como se señaló anteriormente, los síntomas giran en torno a algunos temas en particular. En la Tabla 2 podrá encontrarse un resumen al respecto. En términos de las condiciones asociadas, dos personas presentaban Dismorfia Corporal, una el Síndrome de Gilles de la Tourette, una Tricotilomanía y una automutilación.

Usualmente las personas que tienen TOC presentan comorbilidad con otras condiciones de salud mental, lo que pudo observarse entre las personas entrevistadas (ver Tabla 3). Fue común el que mencionaran que tenían cuadros de Ansiedad Generalizada.

TABLA 2
Obsesiones y Compulsiones más Frecuentes entre las Personas
Participantes del Estudio

<i>Tema de obsesiones y compulsiones</i>	<i>Número de participantes que presentaron síntomas relacionados</i>
Moralidad	7
Contaminación	5
Agresividad	5
Sexuales	5
Verificación	4
Rituales mentales	4
Preocupación enfermedades	4
Acumulación	3

TABLA 3
Condiciones de Salud Mental, Comórbidas al TOC, Presentes entre
las Personas Participantes

<i>Condiciones de salud mental</i>	<i>Número de participantes que presentaron estas condiciones</i>
Depresión	4
Ataques de Pánico	2
Claustrofobia	1
Abuso de alcohol	1
Bipolaridad	1

Análisis

Empleamos el análisis de contenido para trabajar con la información obtenida en las entrevistas. Éste permite estudiar y clasificar el contenido de una comunicación, conforme a las unidades de análisis,

las categorías, para conocer información y/o tendencias.

Establecimos las categorías principalmente seleccionando aquellos aspectos que resultaron ser fundamentales en la revisión de literatura, los que se usaron como base para la guía de entrevista. Trabajamos la clasificación de categorías y el análisis de contenido mediante el consenso entre jueces. Tres personas, incluyendo la investigadora, clasificaron los textos de las transcripciones de manera independiente y se desarrolló una reunión para verificar y establecer el consenso. Esto ayudó a que las citas seleccionadas correspondieran a la categoría que mejor le describía y agrupaba. Trabajamos y organizamos la clasificación de los textos a través del programa para computadora Nudist N-Vivo⁵.

Resultados

Tanto el marco conceptual, biopsicosocial, como el método del estudio, cualitativo, convergen en que para conocer un fenómeno de interés es necesario acudir a la particularidad del espectro, a escuchar las voces de los actores principales, de quienes viven la situación. Es por esto que el presupuesto primordial de esta investigación ha sido que nadie conoce más sobre lo que es vivir con la condición TOC que quien la padece. Es a partir de sus experiencias que se trabajan los resultados y conclusiones del estudio.

Sus verbalizaciones fueron categorizadas mediante el análisis de contenido. En el estudio se consideraron ocho categorías y 48 subcategorías. Sin embargo, por razones de espacio en este trabajo sólo se traerán aquellas categorías y subcategorías de mayor relevancia. Éstas se seleccionaron entendiendo que respondían a los objetivos principales del estudio y que ilustraban la esencia de las experiencias compartidas por las personas participantes.

Se discutirá la categoría, **Los comienzos de la condición**, la que agrupaba siete subcategorías y de la cual se seleccionó, **Comienzo de síntomas**, para ejemplificar este grupo. Luego, se presentará la catego-

⁵ Éste es un programa de computadoras para la investigación y análisis cualitativo. Para propósitos de esta investigación se empleó con fines de organizar las transcripciones y agruparlas en las categorías. Las categorías fueron entradas previamente al sistema operativo. Esto facilitó disponer de cada categoría y subcategoría por separado, con sus respectivos textos, según clasificado en el análisis entre jueces.

ría, **Tratamiento**, la que consta de cuatro subcategorías, y de las que se presentarán, **Beneficio del tratamiento y/o servicios** y **Estrategias predilectas para tratar síntomas**. Otra categoría de análisis fue, **Conocimiento sobre el TOC**, y bajo ésta se encuentran siete subcategorías de la cual se discutirá la de **Evaluación conocimiento de los profesionales**. Luego, sigue la categoría, **Impacto en el diario vivir**, la que agrupa diez subcategorías y se discutirán las siguientes: **Vivir con TOC**, **Autoestima**, **Relaciones familiares**, **Relaciones de pareja**, **Desempeño laboral y/o académico** y **Vida espiritual**. Se presentará la categoría, **Prejuicios sociales**, la que cuenta con nueve subcategorías de las que se discutirá la denominada **Discrimen**. Finalmente, se menciona la categoría **Visión de futuro**.

La primera categoría establecida fue, **Los comienzos de la condición**, y dentro de ésta se encontraba la subcategoría, **Comienzo de síntomas**, en la que se agrupan aseveraciones que aluden al comienzo de los primeros síntomas o comportamientos relacionados a la condición, como por ejemplo: edad, grado escolar, situación familiar, entre otros. Sobre este particular seleccionamos las siguientes citas:

“Como a los siete o ocho años. Viste que fue más en esa edad por lo de que me empecé a lavar mucho las manos.”

“Tenía once, más o menos el que yo recuerde eh como yo sé que ya para el febrero del 87.”

“Pues estaba en, en grado 11, cuando yo empecé a meterme mucha presión con los estudios y con metas futuras. Es más puede ser hasta al revés por lo menos a mí, cuando mejor yo estaba cuando comencé a viajar y to’ empecé, cuando yo me monto empecé a viajar un montón a representar a Puerto Rico en cosas. Entonces hay esa presión de ser el mejor, el mejor, el mejor, eso me lo me dio mucho.”

“Ya para los trece años de edad la tenía.”

A su vez, era de interés conocer aspectos relacionados al tema de **Tratamiento**, lo que corresponde a una de las categorías generales y bajo la que se encuentran cuatro subcategorías. Era de interés conocer el modo en que los tratamientos y/o servicios recibidos en la actualidad

le han ayudado, por lo que las verbalizaciones al respecto se agruparon bajo la subcategoría de **Beneficio del tratamiento y/o servicios**. Identificamos las siguientes citas:

“Pero el Effexor, para la ansiedad, las cosas se me olvidaban bien chévere, (risas), yo decía como que ahh que chévere, como que me venía algo a la mente y al rato me olvidaba, pero como me daban temblores y eso, y otras cosas pues lo dejé.”

“Este la... la medicina me ayudó a que me sentía más relajado, pero verdaderamente yo pienso que lo que estaba haciendo era pues sentirme más relajado pero no estaba combatiendo bien. Esto el Cognitive Behavioral Therapy me ha ayudao a enfrentarme más de frente a frente con mi dosto y decir ok no voy a hacer esta compulsión.”

“Mi visita al psiquiatra no me ayuda mucho, yo pienso. Más me ayuda lo que yo puedo hacer.”

También era de interés conocer qué es lo más que le ayuda a la persona a lidiar con los síntomas que presenta, por lo que se creó una subcategoría titulada, **Estrategias predilectas para tratar síntomas**, la última de este grupo. Los textos seleccionados fueron los siguientes:

“Depende de la época de mi vida. Lo otro es pues, el alcohol, cigarrillo, así. Y hacer ejercicio.”

“Yo diría que el deseo de yo ser normal y ver como uno va madurando. Pues entonces ignoro estas cosas.”

“En cuanto al medicamento pues la, el medicamento para la ansiedad, me calma todo lo demás. Ya sea dando clases de guitarra, tocando trompeta, escribiendo música.”

“Hablar, hablar. Los medicamentos no, hablar. De verdad que hablar.”

“Refugiarme en mi familia. Yo me voy con mi familia pa’ ya, pa’ donde era antes mi casa, pa’ mi barrio, y yo noto que yo bajo un

po... bajo bastante la ansiedad, me distraigo, cuando estoy distraído yo, a mí se me olvida.”

Una categoría del estudio fue **Conocimiento sobre el TOC**. Dentro de ésta se incluyó la subcategoría: **Evaluación conocimiento de los profesionales** en la cual se exploró la apreciación de las personas participantes del conocimiento que tienen los/as profesionales de salud mental que les han prestado servicios. Los textos más relevantes fueron:

“Yo diría que la, la, la primera profesional más competente que he encontrado ha sido la, la psiquiatra que tengo ahora. Porque los demás, muchos médicos con los cuales yo he consultado anteriormente, ni siquiera saben de la condición.”

“La encuentro, bien mala, verdaderamente. No tienen mucha información. Muchos me dijeron no, tú estás deprimido. O sea, fui a una que me dijo que tenía OCD. Entonces, estoy yendo aquí en Guaynabo, él sí sabe porque da Cognitive Behavioral Therapy.”

La categoría general, **Impacto en el diario vivir**, agrupó un total de diez subcategorías. Entre ellas se encuentra, **Vivir con TOC**, siendo ésta de suma importancia ya que plantea de manera directa lo que es enfrentarse a esta condición. Incluye verbalizaciones, en las cuales se habla sobre cómo es vivir con esta condición. Algunas de las citas seleccionadas fueron:

“Pues, vivir, vivir con este trastorno es como... éste, es como, como vivir en un estado de inconstancia sabes.”

“Muy, es malo, es malo porque como te dije tú sientes como ese peso encima aunque no tengas la obsesión o, o, la... la condición o con la, o la compulsión. Generalmente, como que sientes algo dentro de ti como si estuvieras cargando algo, ¿ves?”

“Es difícilísimo. Mayormente cuando uno... está en una primera etapa donde uno, no conoce la condición que tiene o no conoce que tiene tal condición, y que entonces tiene conflicto con,

con uno mismo, con la familia, en la sociedad. Porque ven a uno como una persona rara, y uno mismo desconoce lo que tiene.”

También se encuentra la subcategoría, **Autoestima**, para conocer el impacto de esta condición en la forma en que la persona se percibe y valora a sí misma. Relacionado a ésta se catalogaron los siguientes comentarios:

“Sea, sí te impacta la autoestima de forma negativa. Porque cuando tú piensas en el pasado que has tenido tantos trabajos, yo he tenido como trece trabajos ya y que no los puedas conservar y no puedas conservar tampoco una relación de pareja que también he tenido muchas relaciones de pareja. He... pues entonces uno siente como que uno no tiene las herramientas para adaptarse al mundo y te sientes con baja autoestima como que no te quieres mucho a ti mismo.”

“Yo por lo menos... este, me frustro. Me frustro porque, pienso que no puedo trabajar que no puedo llevar una familia. Este, pienso si mis papás se me van y yo no tengo un trabajo.”

A su vez, exploramos sobre el impacto de tener esta condición en las relaciones familiares, mediante la subcategoría, **Relaciones familiares**, y a continuación presentamos las aseveraciones seleccionadas:

“No tanto, una que otra pelea con mami por la cuestión de lavarme las manos y eso y dejar baches en el lavamanos. Pero no así de forma tan drástica no.”

“Anteriormente, han estado más afectadas, antes de conocer la condición. Ahora después de la condición, pues sí cuando yo caigo en crisis se afectan porque, por ejemplo, la presión más grande que he tenido, que he estado en crisis últimamente que me iban a hospitalizar.”

Exploramos otra dimensión del aspecto interpersonal, en lo que se refiere a las relaciones amorosas, mediante la subcategoría de **Relaciones de pareja**. Éstas fueron las verbalizaciones identificadas:

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

“Y... mi novia me compre... la más que me comprendía era mi ex novia. Aunque no del todo, conservo una relación amorosa por un tiempo pero luego como que... Este me alejo, porque mucha ansiedad tú sabes.”

“Mi esposa pues ella...yo cuando éramos novios yo le comenté pues mira yo soy... muchacho. Alguien de la familia le dijo algo no sé si es que se le iba a pegar a los hijos o que..., pero entonces cuando ella me veía mirando la, la pared ella como que... me hablaba pa’ tratar de distraerme pero entonces ella se dio cuenta que no importa cuanto ella me distraiga no pues yo lo tengo que hacerlo.”

“Sí, hasta el punto de..., yo he pensa..., hemos llegado por ese punto que te acabo de decir a mencionar hasta el divorcio.”

“No tengo compañero. Sí, porque yo no sé si va entender esta condición.”

Por otro lado, auscultamos el aspecto de la funcionalidad a través de la subcategoría, **Desempeño laboral y/o académico**. Los textos identificados fueron:

“Pues, yo creo que lo laboral más que en lo académico. He tenido como diez o do... de diez a trece trabajos y siempre termino renunciando por, por cualquier cosa, miedos y cuestiones, ansiedad.”

“Ahora entiendo que sí, aunque lo desconocía, porque por ejemplo este la ansiedad me causa náusea, cuando yo salía así por la mañana y estaba bien ansioso tenía que virar y no llegaba al trabajo si se me dañaba el carro, no me podía montar en un carro público porque me da claustrofobia.”

A su vez, indagamos sobre el impacto de tener esta condición en la vida espiritual o religiosa, con la subcategoría, **Vida espiritual**. Las verbalizaciones escogidas fueron:

“Podría ser, no mucho pero sí podría ser como que no me dan ganas de... yo voy a un movimiento dentro de la iglesia católica que hacen unas reuniones semanales y hay días que no me dan ganas de ir a esa reunión porque estoy muy tenso y muy ansioso y tú sabes.”

“No. En la parte espiritual, también estoy muy bien. Una bendición.”

“Yo sé que Dios me ha ayudao’, me ha ayudao’ mucho. No tanto, saes yo, espiritual, yo de verdad llevo como dos meses sin ir a la iglesia, pero de verdad que estos últimos dos o tres meses me he sentido como que ay me levanto los domingos y ay no voy a ir.”

Además, establecimos la categoría, **Prejuicios sociales**, para explorar de manera general sobre los prejuicios sociales al tener TOC. Bajo esta categoría se agruparon cuatro subcategorías, siendo de ellas la primera, **Discrimen**, en la cual se incluyen verbalizaciones donde se habló sobre si alguna vez habían sentido discrimen por tener esta condición. Los textos identificados fueron:

“Éste es loco diciendo que esa ropa tiene Sida. No, discriminado no, discriminado en ningún lado.”

“Nunca me han visto. La gente ahora mismo no entiende que es eso, y entonces a veces el trato no es bueno... o se burlan porque uno tiene esta condición, pero ellos no la conocen.”

“Más la molestia de las demás personas que ven a uno como, como un extraterrestre como un loco, te dan 20,000 opiniones, o se burlan de uno, porque eso pasaba constantemente.”

Una categoría muy importante para el posterior análisis es, **Visión de futuro**, en la cual incluimos citas que hablan de manera general sobre cómo la persona visualiza su futuro en función del TOC. Los textos seleccionados fueron:

“Pero no me veo... ehh... detenido por la condición. Creo que los planes que tengo en mente pues... pues, pues, espero llevar-

los a cabo.”

“Yo tengo planes de que yo pueda ir a Estados Unidos a ver mis hijos. Es triste de que en el futuro no puedo estar con mis hijos.”

“En este último año, yo voy a hacer un cambio, cambio, tú sae... Que pueda como que, a encaminarme hacia algo mejor. Y como que volver al mundo completamente y sentirme bien. Y, sae, trabajar, socializar. Sae, hacer todo como una persona normal.”

Discusión

Es pertinente recordar que este análisis representa única y exclusivamente la voz de las personas entrevistadas y no pretende extrapolarse a la población general de personas con diagnóstico del TOC. Podrá notarse presente en sus discursos muchos aspectos planteados en la literatura revisada, más la particularidad de cada caso y cada experiencia se hace presente.

Viviendo con TOC

El propósito principal de esta investigación era conocer cómo las personas con TOC significan su experiencia de vida con la condición. Éstas son algunas palabras que utilizaron las personas entrevistadas para opinar al respecto: “angustiante”, “frustrante”, “agobiante”, “una tortura”, “un obstáculo”, “preocupación” e “inconstancia”. De una u otra manera, transmiten un sentimiento de desesperación y un estado de impotencia ante algo que sienten no pueden controlar. Algo que va más allá de sus fuerzas y se convierte en un impedimento difícil de vencer y que afecta no sólo lo que se hace, lo que se siente, sino también lo que se piensa; y, ¿cómo escapar del pensamiento?

En su totalidad las personas entrevistadas podían reconocer que las obsesiones y las compulsiones eran irracionales y disfuncionales. A su vez, les otorgaban un estado de poder respecto a sus comportamientos y acciones dado la incapacidad para controlarlos. De cierta manera, les adjudican una independencia respecto a sus personas, otorgándoles autonomía propia, tal cual fueran una entidad independiente.

Otra de las personas entrevistadas le llamó “el enemigo interno”, otra lo definió como: “es como tú tener otra persona dentro de ti”, una manera de identificarlo como algo ajeno a sí, que le hace daño y del cual resulta improbable escapar porque se encuentra dentro de sí. Esto

resulta congruente con las expresiones de la entrevistada en el estudio de O'Neill (1999), en la cual se identifica un referente a la condición como tercera persona. A esto se le tituló “voz controladora” aludiendo a las narraciones en la cual se habla del TOC como un ente aparte, que no es producto de sí y que le controla pues es sumamente poderoso. Esta manera de describir las obsesiones y compulsiones es catalogada como egodistónica, según la clasificación de Salkovskis (1985), porque las personas las perciben como extremadamente angustiantes, y ajenas a sus valores y creencias.

Impacto en el diario vivir

Teniendo en cuenta lo difícil que les resulta a estas personas vivir con TOC contemplamos lo relacionado al desempeño laboral y/o académico, relaciones de pareja, relaciones familiares y relaciones interpersonales. Pudo verse variedad en términos de funcionalidad en estos aspectos. Algunas personas presentaron unos altos niveles de disfunción mientras otras tenían un desempeño excepcional; indudablemente, las diferencias responden a aspectos particulares de personalidad, tales como motivación y destrezas particulares, así como a la gravedad de los síntomas.

Varias personas entrevistadas señalaron haber presentado problemas en la escuela, durante la niñez, debido a que el material de las obsesiones y las compulsiones se relacionaban a ésta, lo que desembocaba en problemas de comportamiento. Por ejemplo, una de las personas indicó que no quería hacer asignaciones y seguir el material de las clases, ya que asociaba que todo lo relacionado a la escuela era malo. Otra requería salir constantemente del salón de clases porque necesitaba escupir, ya que no quería tragar saliva por temor a envenenarse. Es fácil imaginar todos los problemas que presentaron con la administración escolar, maestros y padres, al ser considerados como malcriados y recibir diagnósticos equivocados. Por tal razón, es necesario educar a los maestros sobre esta condición y sus manifestaciones, ya que como señala Falk (2001), es en la escuela donde comenzarán a presentarse las primeras dificultades y rastros de síntomas.

En términos laborales se encontró más dificultades que en lo que respecta a lo académico. Al momento de la entrevista, dos personas se encontraban incapacitadas para trabajar debido a la gravedad de la sintomatología, por lo que recibían compensación del Seguro Social. Uno

de los participantes opinó sobre este asunto: “Pues, yo creo que lo laboral más que en lo académico”. “He tenido como diez a trece trabajos y siempre termino renunciando por, por cualquier cosa, miedos y cuestiones, ansiedad.”.

Tres personas presentaban dificultades para permanecer en un trabajo, ya sea porque les despidieran o porque los abandonaban con frecuencia. Cuatro personas identificaban tener éxito en el aspecto laboral, con algunas dificultades transitorias, relacionadas a complicación de síntomas. En su mayoría entendían que los síntomas eran favorables porque les permitía ser meticulosos con su trabajo e incluso las temáticas de las obsesiones y/o compulsiones les servían de inspiración para la producción artística. Uno de ellos es maestro de música y, en ocasiones, se obsesiona con determinadas mujeres, lo que le inspiraba para la creación de poemas y canciones.

Esto es congruente con uno de los postulados del acercamiento biopsicosocial, en el cual se plantea que no existe un significado inherente a un fenómeno, sino que es sujeto a la significación que le otorga la persona. Es sumamente importante tomar esto en consideración al plantear alternativas de tratamiento, ya que se reconoce que la actitud y la manera en que la persona significa una experiencia puede ser determinante en el curso de su condición y en el nivel de desempeño y satisfacción con su estilo de vida.

En su mayoría, las personas entrevistadas coincidían en que el área que más se había visto afectada era la de relaciones de pareja. Yaryura y Neziroglu (2001) plantean que “la mitad de los pacientes permanecen solteros y la otra mitad están divorciados” (p. 149). Esto contrasta un poco con lo observado en las entrevistas porque varias de éstas (cuatro personas) han logrado mantener relaciones estables. A pesar de esto, en determinados momentos han tenido problemas serios relacionados a la sintomatología de esta condición, al punto de considerar separarse.

Una de las entrevistadas explicó que le resultaba difícil tener una relación cercana con un hombre por temor a la intimidad sexual. En su caso, las obsesiones sexuales eran frecuentes y percibía todo acto relacionado como asqueroso e invasivo a su persona y donde existía mucha posibilidad de ser contagiada con alguna enfermedad de transmisión sexual. Ella podía reconocer que sus preocupaciones eran excesivas, mas le resultaba trabajoso evitarlo.

Todas las personas entrevistadas deseaban poder mantener una

relación de pareja estable, sin embargo, este deseo les resultaba difícil de lograr por varias razones: exigían demasiado a su pareja, problemas por exigir a la pareja que participara de los rituales y sentido de asfixia de la pareja ante la frecuencia, severidad y tipología de los síntomas. Estas situaciones también se presentaban en las relaciones de tipo amistosas. Resultaba difícil establecer y mantener amistades estables, mas cuando lo lograban solían ser un excelente recurso de apoyo.

La presencia del TOC en la vida de una persona puede afectar las relaciones familiares y a su vez dinámicas hostiles y problemáticas pueden agudizar la sintomatología de esta condición. Por tal razón, es fundamental explorar este aspecto en el diagnóstico y tratamiento de esta condición. Uno de los entrevistados indicó: “Anteriormente, han estado más afectadas, antes de conocer la condición.”. Éste explicó que el hecho de que la familia haya buscado orientación sobre el TOC había incidido en una mejor comprensión, comunicación y como consecuencia en dinámicas familiares más positivas. Por tal razón, se recomienda proveer psicoeducación a la familia, que pueda participar de grupos de apoyo y de sesiones de terapia de familia, siempre que la situación lo requiera.

Dentro del núcleo familiar, en su mayoría, la figura paterna se mostraba hostil, tildaba el comportamiento obsesivo-compulsivo de manipulación, y se mantenía alejado del tratamiento. Sólo en dos casos en este estudio, los padres habían sido empáticos para con sus hijos y les habían apoyado en su tratamiento. Esto corresponde con la norma o estereotipo del padre puertorriqueño que se involucra muy poco en la vida de sus hijos, por entender que es tarea de mujeres, y que percibe las condiciones mentales como actos de manipulación o debilidad. Aun así, es importante sobresaltar las excepciones a la regla, dos personas, en el caso de este estudio, que habían roto con la norma social, norma que es perjudicial para los niños y niñas que la viven. Usualmente, la madre se mostraba más cercana, empática y participaba activamente del tratamiento.

Autoconcepto

Uno de los objetivos de este estudio era conocer cómo el TOC había impactado la autoestima de las personas participantes. Pudo observarse mucha variación al respecto, desde personas con una pobre autovaloración hasta personas con una visión sumamente positiva, res-

pecto a sí mismas. Al igual que en ocasiones anteriores, la variante aparenta ser la actitud con que se ha asumido el diagnóstico, ya sea como oportunidad de crecimiento o impedimento total.

Surge como impresión de este estudio que las personas con esta condición tienen tendencias a poseer un pobre autoconcepto, en tanto el factor de exigirse y exigir a otros de manera excesiva se hace presente. Esto ya que al tener unas expectativas tan altas es muy fácil sentir que se ha tenido un fracaso y que ha sido decepcionado, lo que desemboca en sentimientos depresivos, condición en muchos casos comórbida con el TOC. Uno de los factores que aparenta afectar de manera negativa la autoestima, se refiere a la incapacidad para adaptarse a los estándares sociales, resumiéndose en dificultad para mantener una vida estable, en términos laborales y de pareja. Otro aspecto presente en las personas con mayor disfuncionalidad es la incapacidad para ser autosuficientes y depender de la familia para sus cuidados, seguridad y sustento económico. Por tal razón, aparenta ser importante trabajar en psicoterapia con el establecimiento de metas concretas y realistas, así como con la flexibilización de estándares valorativos.

No puede dejarse de lado que percibirse a sí mismos como “locos” o ser percibidos de esta manera por las personas que les rodean, socava la autoestima de las personas. Penzel (2000), entre otros autores, señala que es común que las personas con TOC, sobre todo al inicio de la aparición de los síntomas, sientan que han perdido la razón. Por esto, intentan ocultar sus síntomas, por temor a ser discriminados por otros. Aunque otros los desconozcan, ellos mismos comienzan a hacer juicios negativos sobre sus capacidades, desembocando en un pobre autoconcepto.

Profesionales que le han tratado

Auscultamos respecto a las relaciones con los/as profesionales de salud mental, reconociendo que es un factor importante que la persona busque ayuda y permanezca recibiendo los servicios. Fueron comunes entre las personas participantes las experiencias negativas con profesionales que les han tratado previamente y que han demostrado poca empatía, énfasis en la medicación y desconocimiento sobre el TOC. Sobre esto último, un entrevistado abundó: “Y otra cosa que también me... me, no me gustó de ese psiquiatra es que, era que la segunda vez que lo fui a ver me dijo, y, ¿cómo va la depresión? Tú

sabes, como que no estaba muy pendiente de lo que yo tenía. Estaba bien loco ahí, entonces yo le dije, no, la depresión va bien porque yo no tengo depresión”. No puede dejarse de lado, como explicación para el no recibir servicios, el empleo de la evitación como mecanismo de defensa. En tanto, recibir un tratamiento le plantea enfrentarse a su situación, cosa que le genera tanta ansiedad que no puede manejar.

Estos aspectos plantean un reto para la psicología y quienes la practican, particularmente en el campo clínico. La oficina principal a donde acuden personas con esta condición es a la de psiquiatras, en parte, porque el planteamiento de que existe algo mal en términos físicos les permite racionalizar y separar todo aspecto emocional y personal al respecto. Esto plantea el reto de cómo minimizar el abandono de tratamiento, una vez lleguen a donde un profesional de la psicología.

Otro aspecto remite a la competencia del clínico, en tanto si el/la profesional desconoce sobre esta condición y sus tratamientos, lo más ético es reconocer sus limitaciones y de no poder trabajar adecuadamente el TOC, hacer un referido con prontitud. Por último y ligado al punto anterior, se debe tratar al inicio del tratamiento el aspecto de las expectativas y exigencias del paciente para con el profesional y el proceso terapéutico. Es fundamental aclarar dudas respecto a la competencia, tipo de tratamiento y las expectativas del mismo, así como con el establecimiento de metas claras y precisas que pretenden obtenerse del proceso.

Factores espirituales y/o religiosos

La literatura señala que estas personas suelen darle mucho énfasis a lo moral, lo justo, las exigencias y expectativas sociales, las normas religiosas, convirtiéndose esto en muchas ocasiones en motor y tema de sus obsesiones y compulsiones. Penzel (2000), abundó al respecto, señalando que muchas personas con esta condición presentan una fuerte preocupación respecto a lo correcto e incorrecto, llegando al punto de sentirse culpables, y tildarse de “malas personas” cuando entienden que sus pensamientos y/o ejecuciones no fueron las más indicadas.

Para algunas personas los temas principales de sus obsesiones y/o compulsiones giran en torno a temas religiosos y/o sacrilegios. Éste es el caso de una de las personas entrevistadas, en el cual a través de una imagen religiosa ritualizaba respecto a un evento traumático que

experimentó. Su esposa tuvo un aborto natural, hecho que fue sumamente difícil para la pareja. Éste tiene una cadena cuya imagen posee un bebé, el divino niño Jesús, el que compara a su hijo perdido. Mientras se encontraba realizando este ritual, trataba de evitar cualquier otro pensamiento, ya que entendía que sería contaminar ese pensamiento que le unía a su hijo muerto, asunto que era sumamente perturbador para él.

Considerando lo mencionado anteriormente, recomendamos explorar las creencias espirituales de la persona con TOC, incluyendo: cómo sus valoraciones afectan y permean su percepción sobre la condición; cómo le ayudan o desayudan a perpetuar síntomas; e identificar si presenta obsesiones y/o compulsiones de tipo religiosas. Quienes participaron del estudio aludían a la espiritualidad, más que a la religiosidad, en tanto desarrollan una relación cercana con un ser superior-Dios, a quien agradecen por sus logros e imploran misericordia para superar sus problemas.

Muchas personas se aferraban a Dios como la motivación principal para superarse, entendiendo que si recaían en la condición, era sinónimo de fallarle. Este asunto requiere de mucha cautela, ya que podría prestarse para que genere mayores pensamientos negativos respecto a sí y empeore su autoestima. La consultoría con sacerdotes, pastores, maestros espirituales, entre otros, según la creencia de la persona con TOC, pudiera ser de beneficio para tener un mayor entendimiento y comprensión de su situación, aclarar dudas y ofrecer apoyo.

Prejuicios sociales

Auscultamos cómo los prejuicios sociales sobre las condiciones mentales les han afectado, asunto que resultó sumamente contradictorio. En muchas ocasiones verbalizan que no habían sentido prejuicios o discriminación, sin embargo, los ejemplos que ofrecían apuntaban a lo contrario.

Muchas personas intentaban esconder sus síntomas lo más posible y trataban de evitar hablar a otros acerca de que tenían una condición mental, precisamente para evitar juicios equivocados. Una de las personas entrevistadas, informó en su trabajo que tenía TOC porque estaría un tiempo fuera del mismo ya que sería hospitalizado. Explicó que estaba intentando hablar lo menos posible del tema por temor a que las personas utilizaran esa información en su contra. A su vez,

habían sido víctimas de comentarios despectivos y burlas relacionadas a sus síntomas.

Visión de futuro

El último objetivo trazado en este estudio era conocer las proyecciones para el futuro. Esto con el propósito de explorar su actitud respecto a la evolución del TOC, partiendo del supuesto del acercamiento biopsicosocial, de que el fenómeno no está determinado por sí mismo, sino por la manera en que es percibido por sus actores.

El futuro resultó ser un tema poco agradable para las personas entrevistadas. De hecho, era la parte de la entrevista que les era más difícil responder, porque les enfrentaba al temor de no poder realizar sus metas personales y profesionales. Expresaban que intentaban no pensar en eso porque temían que la condición empeorara y/o que no pudieran ser capaces de valerse por sí mismos y llevar una vida “normal” (*tener un empleo y una familia*). Sin embargo, solamente dos de las personas entrevistadas expresaron que entendían que al pasar del tiempo la condición empeoraría, considerando cómo ha ido incrementando la sintomatología al pasar del tiempo. Las otras siete personas mantuvieron una actitud más positiva, entendiendo que lograrían estabilizarse o al menos aprenderían a ignorar las obsesiones y compulsiones, habituarse a ellas, lo que posibilitaría una mejor calidad de vida.

De esto se desprende la importancia de incluir dentro de los procesos terapéuticos el espacio para trabajar con el establecimiento y logro de metas concretas a corto y largo plazo. A su vez, deben explorarse los pensamientos respecto al futuro, para poder identificar y lidiar con los que sean negativos e impidan el progreso de la persona. Una actitud positiva propicia en la persona un espíritu de lucha para sobrellevar los obstáculos, la posibilidad de notar y valorar los pequeños y grandes logros, así como manejar el diario vivir con mayor optimismo y tranquilidad.

Limitaciones y recomendaciones

Todo proceso de investigación requiere una reflexión crítica sobre el proceso en vías de identificar las limitaciones y recomendaciones pertinentes que incidan en el beneficio de las personas consideradas. Como parte de este proceso, en este caso, encontramos las siguien-

tes limitaciones: dificultad para conseguir las personas participantes, predominancia de algunas características entre las personas entrevistadas, dificultad para auscultar factores neuropsicológicos, dificultad para auscultar factores biológicos, pobre consideración del enfoque sistémico estructural, pobre consideración de la teoría de aprendizaje social y dificultad para conseguir testimonios de pacientes de TOC.

Dividimos las recomendaciones planteadas en dos categorías. La primera de ellas es para la práctica clínica para la que proponemos: involucrar a la familia en el proceso de psicoterapia, que los/as profesionales de la salud mental participen de manera ocasional en los grupos de apoyo, que los profesionales de salud mental se informen y estudien cabalmente esta condición, utilizar un enfoque interdisciplinario y biopsicosocial en el tratamiento de esta condición. La segunda es en el área de investigación, para la cual recomendamos lo siguiente: realizar un estudio exploratorio sobre la percepción y experiencia de los familiares de personas con TOC, realizar investigaciones de corte cualitativo y cuantitativo sobre esta condición en la sociedad puertorriqueña, realizar estudios epidemiológicos que actualicen datos de incidencia y prevalencia del TOC en Puerto Rico y realizar investigaciones desde la perspectiva biopsicosocial que permitan evaluar la pertinencia de este enfoque.

REFERENCIAS

- Albano, A., Chorpita, B., & Barlow, D. (2003). Childhood anxiety disorder. En E. Mash & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2da ed., pp. 279-289). New York, New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ta ed. rev.). Washington, DC: Autor.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms*. New York: Cambridge University Press.
- Canino, G., Bird, H., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martínez, *et al.* (1987). The prevalence of specific psychiatric

- disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Falk, R. (2001). El trastorno obsesivo-compulsivo en los niños. En S. Carrol, I. Romero & R. López (Eds.), *Handouts from your school psychologist* (pp. 223-225). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Gilbert, P. (2002). Understanding the biopsychosocial approach: Conceptualization. *Clinical Psychology*, 14, 13-17.
- Hollander, E., Friedberg, J. P., Wasserman, S., Yeh, C. C., & Iyengar, R. (2005). The case for the OCD spectrum. En J. S. Abramowitz & A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 95-118). New York, New York: Springer.
- Kumpfer, K. L., Trunnell, E. P., & Whiteside, H. O. (1990). The biopsychosocial model: Application to the addictions field. En R. C. Engs (Ed.), *Controversies in the addictions field* (pp. 55-67). Dubuque, IO: Kendall-Hunt.
- Lewin, A., Storch, E., Adkins, J., & Merlo, L. (2005). Update and review of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 745-753.
- Martínez-Taboas, A. (2005). Acercamiento integrador a la psicoterapia. En G. Bernal & A. Martínez-Taboas (Eds.), *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico* (pp. 129-148). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- National Institute of Mental Health (2001). *Step on a crack... Obsessive-compulsive disorder*. Bethesda, Maryland: Autor.
- O'Neill, S. A. (1999). Living with obsessive-compulsive disorder: A case study of a woman's construction of self. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 73-87.
- Penzel, F. (2000). *Obsessive-compulsive disorders: A complete guide to getting well and staying well*. New York, New York: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

- Serrano-García, I. & Bravo, M. (1998). La psicología social-comunitaria y la salud: principios básicos. En I. Serrano-García, M. Bravo, W. Rosario-Collazo, & J. Gorrín (Eds.), *La psicología social-comunitaria y la salud: una perspectiva puertorriqueña* (pp. 1-34). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Toro-Martínez, M. E. (2001). Formas psicóticas del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 10, 2. Accedido el 18 de febrero del 2005, en <http://www.alcmeon.com>.
- Yaryura, J. A. & Neziroglu, F. (2001). *Un viaje al interior del cerebro: el espectro obsesivo-compulsivo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.