

ARTÍCULO

UNA MIRADA AL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. ¿QUÉ ES Y CÓMO TRATARLO?

A LOOK AT THE OBSESSIVE-COMPUL- SIVE DISORDER: WHAT IS IT AND HOW TO TREAT IT?

Andrómeda Valencia Ortiz

Una mirada al trastorno obsesivo-compulsivo. ¿Qué es y cómo tratarlo?

A look at the obsessive –compulsive disorder: What is it and how to treat it?

Resumen

Existen distintos tipos de alteraciones relacionadas con la ansiedad. Una de ellas es el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Se caracteriza por patrones repetitivos de pensamiento (obsesiones) y respuestas conductuales estereotipadas (compulsiones), que generan alteraciones y malestar en la persona que no puede evitar presentar estas respuestas. En la actualidad existen distintos tratamientos que favorecen la recuperación e integración de la persona a su vida.

Palabras Clave: ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, obsesiones, compulsiones, terapia cognitivo conductual.

Abstract

A variety of disorders are related to anxiety, one of which is obsessive compulsive disorder (OCD). It is characterized by repetitive patterns of thoughts (obsessions) and stereotyped behavioral responses (compulsions), which generate changes and discomfort in the person. People with OCD can't avoid this situation. There are various treatments that promote recovery and integration of the person life.

Keywords: anxiety, obsessive compulsive disorder, obsessions, compulsions, cognitive behavioral therapy.

Introducción

En los últimos años el avance de la medicina, la tecnología y el interés en mejorar la calidad de vida de las personas, han favorecido el desarrollo de estrategias de evaluación y tratamiento para diversos padecimientos, entre los que se encuentran los desórdenes mentales.

Aunque el origen y el desarrollo de los problemas de salud mental son variados, uno de los problemas más comunes se encuentra asociado con las dificultades para el manejo de la ansiedad. Estas alteraciones pueden variar en grado e intensidad, desde la ansiedad de separación (como lo que ocurre el primer día de clases en muchas escuelas prescolares) hasta alteraciones que afectan nuestra vida de forma directa, al modificar nuestro funcionamiento emocional y social, como en el “trastorno obsesivo compulsivo” (TOC).

¿Ansiedad?

La ansiedad se presenta como un estado de ánimo que se caracteriza por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro (American Psychiatric Association, 1994; Barlow & Durand, 1999). El estudio científico de la ansiedad presenta importantes retos, ya que se trata de una respuesta compleja que incluye diversos componentes fisiológicos y conductuales que cada persona traduce en experiencias subjetivas específicas.

A pesar de que la ansiedad se experimenta como un estado poco placentero, resulta que es buena para las personas, al menos cuando se presenta de forma moderada. Por ejemplo, se ha estudiado desde hace un siglo que el desempeño de las personas mejora con ansiedad baja o moderada (“Ley de Yerkes & Dodson”, 1908). Esto se debe a que la ansiedad impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, y gracias a ella logramos estar preparados para un sinnúmero de actividades cotidianas en las que una ligera sensación de ansiedad nos lleva a dar el máximo. Howard Liddell, en 1949, le llama a la ansiedad “la sombra de la inteligencia”, mencionando que la capacidad humana de planear con cierto detalle el futuro se relaciona con esa sensación persistente de que las cosas pueden salir mal y que debemos estar mejor preparados (Barlow & Durand, 1999). Es por eso que la ansiedad es un estado de ánimo que está orientado principalmente al futuro y al porvenir.

Pero, ¿en qué momento la ansiedad se transforma en un problema de salud? Cuando la ansiedad se eleva fuertemente, se pierde la posibilidad de utilizarla como un motor que impulsa resultados positivos y se convierte en una amenaza, ya que sólo podemos concentrar nuestra atención en los resultados negativos de la situación, aun cuando no han sucedido. Incluso es posible que identifiquemos que la situación que percibimos como amenazadora es poco probable, absurda o fuera de contexto, y que aun sabiendo que no hay por qué temer, la ansiedad continúe creciendo. En estos casos nuestra señal de alerta estaría funcionando fuera de control, ya que nos indicaría que debemos prepararnos para una emergencia cuando en realidad no la hay.

¿Qué es el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)?

Por lo general, dentro de los trastornos de ansiedad, un común denominador es que el peligro se identifica en un objeto o una situación externa a la persona. Sin embargo, en el caso del trastorno obsesivo compulsivo, el suceso peligro es un pensamiento, una imagen o un impulso que el o la paciente trata de evitar.

El TOC tiene dos componentes importantes: las obsesiones y las compulsiones. Las **obsesiones** son ideas, pensamientos o imágenes mentales repetitivas, recurrentes, invasivas y egodistónicas (pensamientos que perciben como ajenos, aunque reconocen que se originan en sus propios procesos mentales y no en el exterior).

Por otra parte, el componente **compulsivo** hace referencia a conductas repetitivas, intencionales y estereotipadas que el paciente no puede dejar de realizar y que aparentemente tienen un propósito. Estas respuestas se presentan como respuesta a una obsesión. Las compulsiones pueden ser conductas como lavarse las manos, revisar el seguro de la puerta, etcétera, o mentales, como pensar en ciertas palabras en un orden determinado, contar, rezar, etcétera (Foa, et al., 1996). Aun cuando las compulsiones pueden ser muy distintas, la mayor parte de ellas cae en alguna de las siguientes categorías: contar, comprobar, limpiar y evitar.

En un inicio las personas con TOC identifican que sus pensamientos y conductas no tiene sentido (son irracionales), aunque con el tiempo pueden llegar a parecerles racionales. Las personas con este trastorno presentan malestar al intentar dejar de actuar o pensar de esa manera, sin lograrlo.

Los síntomas se presentan con elevada frecuencia y pueden ocupar varias horas del día en presentarlos, por lo que afectan la posibilidad de que la persona tenga un funcionamiento adecuado.

La prevalencia del TOC reportada en la literatura es del 2 al 3%, y la probabilidad de recibir este diagnóstico es ligeramente mayor en mujeres que en hombres, además de que se puede presentar en distintas etapas de la vida. Diversos estudios señalan que aproximadamente el 50% de los casos de TOC comienzan en la infancia y la adolescencia (Blan, Newman & Horn, 1988). Cuando la sintomatología clínica no es atendida oportunamente, puede permanecer hasta la vida adulta, generando muchos años de malestar y alteraciones en las personas, y afectando de forma significativa su calidad de vida.

Tratamiento del TOC

No siempre resulta sencillo realizar un adecuado diagnóstico del TOC, ya que en ocasiones se pueden confundir las compulsiones con conductas, rituales o hábitos que no ponen en riesgo a la persona y por lo tanto dejarlos pasar por un tiempo hasta que afectan la vida del paciente.

Así, es de suma importancia que la persona que sospecha o identifica patrones de pensamiento obsesivo, asociado con conductas compulsivas, busque apoyo para ser evaluado y por lo tanto diagnosticado adecuadamente.

Existen distintas escalas clínicas e instrumentos que permiten identificar los principales síntomas, algunos de ellos con confiabilidad para ser usados en nuestro país (Nicolini, Herrera, Páez, Sánchez de Carmona, Orozco, Lodeiro & De la Fuente, 1996).

Este trastorno requiere de un trabajo multidisciplinario, en el que el médico psiquiatra identifique el tipo de tratamiento farmacológico que ayude al paciente a disminuir sus síntomas, permitiéndole de esta manera ser más funcional y tener un menor malestar asociado con su cuadro clínico. Los medicamentos más usados bloquean la recaptura de serotonina (5-HT) y se ha encontrado que

benefician a un 60% de los pacientes con TOC.

Por otra parte, los tratamientos psicológicos estructurados, en particular las propuestas cognitivo-conductuales, han mostrado elevada efectividad para el tratamiento del TOC, principalmente por ser estrategias basadas en evidencia. Enseñan al paciente a distinguir entre ideas racionales e irracionales, mejorando sus patrones de pensamiento y, al mismo tiempo, aumentan el repertorio conductual, generando en ellos la posibilidad de cambiar las respuestas compulsivas. Entre las principales técnicas utilizadas están la exposición y la prevención de respuestas. En este proceso se le muestra al paciente cómo evitar activamente los rituales y se le expone de manera sistemática y gradual a los pensamientos o situaciones atemorizantes, permitiéndole poner en práctica nuevas estrategias para la regulación de la ansiedad en un ambiente seguro.

Aunque el tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo conductual han mostrado efectividad por separado, la mejor estrategia es la combinación de ambas.

Conclusión

Es importante considerar que el TOC es un trastorno crónico, que requiere del paciente un compromiso por mantener y usar aquellas estrategias terapéuticas que le sean adecuadas (medicamento y terapia psicológica). Sin embargo, también es fundamental la participación de su familia en el entendimiento de la enfermedad y su recuperación. Afortunadamente ahora se conoce más sobre el origen y el desarrollo del TOC, por lo que se están mejorando las estrategias de tratamiento. Acercarnos a un profesional de la salud mental puede cambiar nuestra vida, favoreciendo la recuperación y la integración a una vida con bienestar y calidad.

Bibliografía

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-IV, (4ª. Ed). Washington, DC

Barlow, D. & Durand, Mark. (1999) *Psicología Anormal, un enfoque Integral*. Ed Thompson

Bland, R., Newman, S., & Horn, H. (1988) *Age of onset of Psychiatric disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavica; 77(Sup. 338):43-9.

Fernández, S., J. & Rusiñol, E. J. (2003). *Economía y psicología: costes por el bajo rendimiento académico relacionado con la ansiedad ante los exámenes y las pruebas de evaluación*. Barcelona: UOC

Foa, E., Jenike, M., Kozak, M., Joffe, R., Baer, L., Pauls, D., Beidl, D., Rasmussen, S., Goodman, Swinson, R., Hollander, E., & Turner, S. (1996) *Obsessive Compulsive Disorder*. En Barlow, D. & Durand, Mark. (1999) *Psicología Anormal, un enfoque Integral*. Ed Thompson

Nicolini, H., Herrera, K., Paez, F., Sánchez de Carmona, M., Orozco, B., Lodeiro, G., & De la Fuente, J. (1996) *Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Salud Mental , 19 Suplemento Octubre. (13-16).

Ortiz, J. (2002) Trastorno Obsesivo-compulsivo TOC. Acta Neurología Colombiana, Vol. 18 No. 1 Marzo (51-65).

