

Signos y síntomas del trastorno obsesivo compulsivo

Signs and symptoms of obsessive compulsive disorder

Autora: Isella Carolina Ribero Rosado

Facultad de ciencias sociales y humanas, Fundación Universitaria del
Areandina

RESUMEN

El trastorno obsesivo compulsivo, se presenta en los pacientes por medio de pensamientos y/o comportamientos repetitivos que carecen de sentido incluso para ellos, estos suelen dominar al individuo con actos que son manifestaciones de la compulsión.

Las compulsiones podrían presentarse de manera física o mental, pudiendo ser coacciones como repetir una acción o una palabra, son ideas recurrentes indeseables que se entrometen en la conciencia del paciente y este suele tratar de aliviar la tensión generada en el momento por los pensamientos erróneos, estas compulsiones comienzan a generar malestar a medida que se vuelven más constante y repetitiva que comienzan a requerir tanto tiempo que interfieren con

las rutinas diarias de la vida cotidiana del paciente.

PALABRAS CLAVE: Signos, síntomas, conceptos, terapias y posible tratamiento.

ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder, occurs in patients through repetitive thoughts and / or behaviors that are meaningless even to them, these usually dominate the individual with acts that are manifestations of compulsion.

Compulsions could occur physically or mentally, and may be coercions such as repeating an action or a word, they are undesirable recurring ideas that interfere with the patient's conscience and this usually tries to relieve the tension generated at the time by the wrong

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

thoughts, These compulsions begin to generate discomfort as they become more told and repetitive that begin to require so much time that they interfere with the daily routines of the patient's daily life.

KEY WORDS: Signs, symptom, concepts, therapies and posible treatment.

INTRODUCCION

A continuación, el siguiente artículo se realiza con el objetivo de abordar el trastorno obsesivo compulsivo el cual el DSM-5 lo define como, “*Las obsesiones son pensamientos, creencias o ideas recurrentes que dominan el contenido mental de la persona. Las compulsiones son actos (ya sea físicos o mentales) que se llevan a cabo de manera repetida, de tal manera que el paciente se da cuenta de que no son apropiados o útiles*”, en dicho artículo también abordaremos sus signos y síntomas, las señales, posible intervención, los factores desencadenantes y como se podría tratar este trastorno.

Dicho trastorno es una forma de ansiedad que hace que la persona sufra de patrones crónicos e inevitables de pensamientos intrusivos no deseados que no puedes ignorar a pesar de querer hacerlo. Los individuos afectados por el TOC los obliga

a tener ciertos rituales para reducir los sentimientos de ansiedad o evitar un daño.

El trastorno obsesivo compulsivo es el cuarto en frecuencia de los trastornos mentales, después de las fobias, las adicciones y la depresión. En la mayoría de los casos los primeros indicios del trastorno obsesivo compulsivo empiezan ya en la infancia. Así vemos manías, perfeccionismo o rituales en niños pequeños. Su desarrollo, si no se trata, es crónico aumentando las obsesiones y compulsiones con el tiempo, generalmente asociados estos incrementos a eventos estresantes que se dan en el progreso normal de la vida (Makarian y otros, 2010).

Wegner (1994) “*en su estudio sobre los pensamientos intrusos que todos tenemos, demostró empíricamente que cuanto más nos esforzamos por evitarlos más probabilidad tenemos de que aparezcan. Se da así lo que Wegner llama el control irónico, que consiste en que, cuando nos queremos asegurar de que un pensamiento no está en nuestra cabeza, tenemos que comparar lo que la ocupa en ese momento con el pensamiento que queremos evitar*”. La única forma de hacer la comparación es

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

recreando de nuevo en nuestra mente el pensamiento que queremos eliminar.

Hasta la década pasada esta patología era reconocida como una entidad rara dentro de este grupo poblacional, pero los datos epidemiológicos sugieren que es tan común como en adultos, con una prevalencia al cabo de la vida del 2% al 4% y de una prevalencia a los seis meses del 0.5% al 1%. Partiendo de esto comenzaremos definiendo el concepto para conocer que es el TOC.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Iniciaremos definiendo el trastorno obsesivo compulsivo, según la Organización Mundial de la Salud, “*son Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, , o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los*

actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez”

Según el DSM-5, Las obsesiones se refieren a imágenes mentales, impulsos o pensamientos que se repiten constantemente y que son indeseados y por lo tanto causan ansiedad o estrés. Por lo general quienes padecen estos pensamientos o impulsos intenta ignorarlos o hacer que desaparezcan, es importante aprender a reconocer cuando nuestros pensamientos son inadecuados, o no deseados, ya que estos pensamientos son exagerados o no tienen relación con la realidad.

El trastorno obsesivo-compulsivo es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por pensamientos intrusivos, repetitivos y conductas rituales que causan gran sufrimiento a quienes lo padecen por lo severo e irracional de sus síntomas y por la frecuente asociación con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas, este trastorno es un intrigante y a menudo debilitante síndrome, su aparente baja incidencia se debe a que los pacientes ocultan su enfermedad y no consultan al médico, ya que reconocen lo irracional de sus ideas y

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

comportamientos y se avergüenzan de ellos.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se clasifica en el DSMIV como un Trastorno de Ansiedad, manifestado con obsesiones, compulsiones o ambas, que causan perturbación significativa en el área social o personal. Produce un gran gasto económico al Estado debido a que interfiere marcadamente en las relaciones laborales del individuo. Deteriora sus vínculos interpersonales, aislándolo de la Sociedad. suele iniciarse en los primeros años de la vida adulta., pero también puede tener inicio en la infancia. La mitad de los pacientes tiene síntomas a los 25 años y las tres cuartas partes a los 30. Se halló un inicio más precoz en los hombres.

A continuación, definiremos los aspectos clínicos, mencionados por Ortiz (2002a), que son;

La Neurobiología del toc: Por varias décadas el TOC fue considerado como uno de los paradigmas de una condición psicogénica. Sin embargo, en los últimos 20 años se han obtenido datos acumulativos a nivel neurobiológico del trastorno. Clásicamente los estudios psiquiátricos, como en la depresión y el TOC se han centrado en la neuroquímica.

Un gran número de medicamentos los cuales son efectivos en estas condiciones afectan a uno o más de los sistemas de monoaminas, por ejemplo, el sistema 5-HT (5-hidroxitriptamina). En efecto, medicamentos que incrementan la actividad de monoaminas poseen un efecto terapéutico, pero esto no necesariamente significa que la condición esté relacionada con una disfunción del sistema de monoaminas. Con el advenimiento de la tomografía por emisión de positrones (PET) y un mayor entendimiento en los circuitos neuronales, se ha visto mejor una variedad de lesiones tanto a nivel macro, micro y funcional en relación con circuitos específicos del cerebro, sin alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica central. Sin embargo, los modelos neuroquímicos, neuroanatómicos, neurogenéticos, neuroinmunológicos y neuroetológicos son necesarios para dar una aproximación más adecuada al entendimiento de la génesis y fenomenología del trastorno.

La Neuroquímica del toc: El sistema de neurotransmisión de serotonina y otros sistemas neuroquímicos poseen un papel fundamental, pero como ya se mencionó, no único, en la génesis de la enfermedad. Varios estudios a largo plazo han

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

demostrado que la administración de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han sido efectivos, incluso más que los inhibidores de la recaptación noradrenérgica. La administración de agonistas de 5-HT, como el mclorofenilpiperacina (m-CPP), exagera los síntomas del TOC. También la respuesta neuroendocrina a la administración de m-CPP está bloqueada en paciente con TOC en comparación con sujetos sanos. Estos datos sugieren que los receptores 5-HT que median la respuesta de la conducta (quizás en áreas frontales) se encuentra incrementada, pero la respuesta neuroendocrina de receptores 5-HT (quizás en el hipotálamo) se encuentra disminuida. Otro factor que evidencia una alteración en la serotonina, es que el tratamiento efectivo con ISRS conlleva a una disminución en el líquido cefalorraquídeo de los niveles del metabolito de la 5-HT, el ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) y a la normalización de las respuestas neuroendocrinas y comportamentales a la administración del m-CPP. Sin embargo, la evidencia muestra el compromiso en otros sistemas de neurotransmisores en el TOC, ya que solamente el 50% al 60% de los pacientes con esta patología reportan

exacerbaciones de los síntomas luego de la administración aguda de m-CPP o por el contrario demuestran una disminución de los síntomas luego de la administración por largo tiempo de ISRS, incluso quienes presentan comorbilidad con tics motores crónicos, muestran una menor respuesta al tratamiento con ISRS, pero mejoran con agentes neurolépticos clásicos. Otros factores que pueden estar involucrados en el TOC incluyen al sistema opioide, la oxitocina, la vasopresina y los esteroides gonadales.

Por último, la Neuroanatomía del toc: Estudios funcionales y estructurales mediante neuroimágenes demuestran que los síntomas del TOC son mediados por los circuitos gangliobasales. Se sugiere un modelo “topográfico estriatal”, el cual hipotetiza que existiría una disfunción del caudado ventromedial, la cual estaría asociada con las obsesiones y compulsiones, mientras que una disfunción del putamen conduciría a la sintomatología del sistema sensoriomotor del ST. Otras estructuras cerebrales diferentes a las de los ganglios basales pueden estar implicadas. Las lesiones del lóbulo frontal se asocian con TOC. Si la activación vista en neuroimágenes del lóbulo frontal refleja un defecto primario

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

en el TOC, o una respuesta compensatoria por una disfunción de los ganglios basales no es muy clara, dada la importancia funcional de los circuitos córtico-estriados, es más adecuado tomarla en forma interdependiente. Investigaciones neuropsicológicas y de neurocirugía demuestran nuevamente la importancia de los circuitos gangliobasales. Se han visto varios tipos de alteraciones incluyendo problemas en la supresión de respuestas a estímulos irrelevantes y la utilidad en la mejoría de síntomas al interrumpir quirúrgicamente las vías córtico-basales. La pandemia ocurrida al principio de 1900 por el virus de la influenza dio las primeras pistas acerca de que los síntomas del TOC podrían estar mediados por circuitos neuroanatómicos específicos. Ya que los pacientes desarrollaron no sólo parkinsonismo postencefalítico sino también síntomas psiquiátricos, incluyendo conductas obsesivas y compulsivas. En las autopsias se hallaron lesiones gangliobasales.

Dentro del trastorno obsesivo compulsivo encontramos, las obsesiones y/o compulsiones en el TOC causan un deterioro social y ocupacional marcado acompañándose de intenso malestar, características que las diferencian de

pensamientos intrusivos en los demás sujetos.

Dichas obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

Tipo de obsesiones

- Contaminación (miedo a la suciedad o a contraer enfermedades).
- Agresión
- Temores corporales
- Simetría, orden
- Exactitud
- Temor al daño (a sí mismo o a los demás)
- Sensación de intranquilidad (amenaza inminente inespecífica)

En segunda instancia la compulsión puede aliviar parte de la ansiedad generada por una obsesión. Ej. un paciente luego de tocar objetos que consideraba sucios, y que sufre de la obsesión de contaminación puede requerir llevar a cabo distintas

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

compulsiones, (lavarse las manos en forma repetida., hasta que se sienta limpio y temporalmente disminuya la ansiedad. Las compulsiones cognitivas igual que las compulsiones manifiestas tratan de reducir la ansiedad (contar hasta un numero específico antes de apagar el gas o la llave de luz, rezar, etc.). El reasegurar cualquier hecho ocurrido en la realidad a través de preguntas a un familiar o persona de confianza suele ser otra forma de conducta compulsiva.

Tipo de compulsiones:

- Compulsión a la limpieza (lavado de los manos reiterados).
- De chequeo y control (llaves de gas, desenchufar plancha.
- Apagar y encender luces varias veces, cerrar con llave la puerta en forma reiterada, leer el mismo párrafo varias veces, etc.)

Dentro del trastorno encontramos las manifestaciones clínicas de las obsesiones y compulsiones más frecuentemente mencionadas por Ortiz (2002b).

- Contaminación

Las obsesiones de contaminación usualmente se caracterizan por miedo a la

suciedad, a los gérmenes, a las toxinas, a los peligros ambientales, a las secreciones y desechos corporales. Los pacientes típicamente tienen temor de contagiar o contraer una enfermedad o sentirse sucios.

El contenido de la contaminación y las consecuencias temidas comúnmente varían con el tiempo, por ejemplo, el miedo a un cáncer puede ser reemplazado por el temor a sufrir una enfermedad de transmisión sexual. Los pacientes con obsesiones de contaminación se preocupan de causar daño a otros o que éstos se enfermen más que ellos mismos; dicha característica diferencia del miedo a la contaminación visto en las fobias específicas.

El lavado es la compulsión más asociada a la obsesión de contaminación. Esta conducta típicamente ocurre después del contacto o de la proximidad con el objeto temido. Algunos pacientes repetitivamente se bañan en la ducha hasta que se “sienten bien” o deben bañar su brazo derecho y/o su brazo izquierdo el mismo número de veces. También algunos con miedo a la contaminación evitan o previenen el contacto con contaminantes.

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

- Duda patológica

Estos pacientes están plagados por preocupaciones, por ejemplo, van a ser responsables de un horrible evento como resultado de su descuido. Se muestran temerosos a generar un incendio por un olvido al apagar la estufa antes de dejar su casa.

La duda excesiva y sentimientos asociados con una gran responsabilidad comúnmente conducen a rituales de confirmación. Pueden requerir varias horas en revisar su hogar antes de dejarlo. La duda patológica también puede conducir a conductas evitativas, por ejemplo, no abandonar su casa para evitar los rituales de confirmación. Estos sujetos también pueden comprometer a un familiar en sus rituales con el fin de disminuir el tiempo empleado para éstos.

- Necesidad de simetría

Este término involucra a la preocupación exagerada de estos pacientes de arreglar u ordenar las cosas “perfectamente”, realizar ciertas actividades motoras en una secuencia exacta, en forma simétrica o balanceada. Estos pacientes pueden ser divididos en dos grupos:

1) Aquéllos con ideas de imperfección

2) Con pensamiento mágico.

Los primeros utilizan una excesiva cantidad de tiempo en completar una tarea aun por simple que ésta sea y en contraposición con el resto de los que padecen TOC, pueden no experimentar sus síntomas como egodistónicos.

- Obsesiones somáticas

Se define como el miedo persistente e irracional a desarrollar una enfermedad que amenace contra su vida. Los temores más frecuentes consisten en miedo a contraer un cáncer, una enfermedad venérea y Sida. Las compulsiones son de confirmación y reconfirmación de la parte del cuerpo involucrada. tienen síntomas obsesivo-compulsivos adicionales y no experimentan síntomas somáticos ni viscerales de la enfermedad. Las obsesiones somáticas se distinguen del trastorno por somatización ya que los que padecen del TOC típicamente se centran en una enfermedad y no en síntomas somáticos diversos y aparentemente no relacionados.

- Obsesiones agresivas y sexuales

Estos individuos presentan miedos excesivos de realizar un daño a otros o cometer un acto sexual inaceptable.

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

Muchos se muestran horrorizados por sus obsesiones y no las comentan a los demás por vergüenza. Otros desarrollan rituales de confesión, se pueden auto reportar a la policía o a los sacerdotes confesándose repetitivamente.

- Compulsiones mentales

Son actos mentales, que como las otras compulsiones son realizadas para neutralizar o reducir la ansiedad por la obsesión. Los pensamientos neutralizantes son los de conteo y los de rezar.

CODIFICACIÓN DEL TRASTORNO SEGÚN EL DSM-5

Especifique el grado de introspección:

Con introspección buena o aceptable. El paciente se percató de que los pensamientos y los comportamientos del TOC en definitiva carecen de una base real (o que eso es probable).

Con introspección deficiente. El paciente considera que es probable que las inquietudes del TOC tengan una base real.

Con introspección nula/creencias delirantes. El individuo cree con firmeza que las inquietudes del TOC tienen una base real.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL T.O.C.

Según el DSM-IV y el DSM-IV TR

- *Se cumple para las obsesiones y compulsiones:* Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. El individuo intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente.

Las compulsiones se definen por comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar, sin embargo, estos comportamientos resultan claramente excesivos.

- En algún momento del curso del trastorno, la persona *ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.*
- Las obsesiones o compulsiones provocan malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora diaria) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales, (o académicas), su vida social.
- Si hay otro trastorno del Eje I el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él. (por ejemplo: preocupaciones por la comida en un Trastorno de la alimentación, etc.)
- El Trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas,

fármacos) o de una enfermedad médica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los comportamientos obsesivos – compulsivos suelen existir muchos años antes del que paciente llegue a la consulta con un profesional. El inicio de los síntomas generalmente es gradual, pero a veces es brusco. Puede comenzar como pensamientos intrusivos, como imágenes violentas que entran en la mente. También puede comenzar con rituales, comportamientos repetitivos. Las obsesiones y compulsiones pueden ser más de una y pueden cambiar en el transcurso del tiempo. Los síntomas múltiples son la norma.

LAS SEÑALES MAS COMUNES DE ESTE TRASTONO

Las personas que presentan este trastorno suelen, tener ansiedad de perder o extraviar algo, la incurrancia de pensamientos no deseados y repetitivos, el miedo a gérmenes o contaminarse; las compulsiones serían, un ejemplo, se presenta miedo excesivo a los gérmenes, su respuesta sería limpiarse excesivamente y repetidamente.

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

Dichos pensamientos obsesivos pueden ser de diferentes tipos;

Temores o fobias, están enfocados al temor, siguiendo con el ejemplo anterior, con este tipo de pensamiento estaría dirigido a el temor de contaminarse.

Impulsivos, este tipo de pensamiento se caracteriza por ser agresivo, causando un miedo irracional.

Dudas, este los lleva a comprobar todo de forma repetitiva.

Ideas, este se ve manifestado por el orden y la limpieza.

POSIBLES CAUSAS

No existe una causa específica para que el trastorno obsesivo compulsivo se presente, pero se encuentran estas principales teorías; que son: *Biológica*, El TOC puede ser resultado de cambios en la química natural de tu cuerpo o las funciones cerebrales, *Genética*, El TOC puede tener un componente genético, pero aún no se han identificado genes específicos, *Ambiente*, Se sugiere que algunos factores del entorno, tales como infecciones, pueden desencadenar TOC, entre estas puede presentarse a partir de un momento traumático, se ha demostrado que las personas que has sido víctimas de abuso

sexual y físico, suelen tener mayor riesgo a presentar el trastorno.

FACTORES DE RIESGO

Se encuentran factores que pueden aumentar el riesgo de padecer o detonar el trastorno obsesivo compulsivo que serían los siguientes:

Antecedentes familiares, Tener padres u otros familiares con el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollarlo.

Acontecimientos estresantes de la vida, Si has experimentado eventos traumáticos o estresantes, el riesgo puede ser mayor. Se puede desarrollar por algún motivo pensamientos intrusivos, rituales y la angustia emocional característica del trastorno.

Otros trastornos de salud mental, El trastorno obsesivo compulsivo puede estar relacionado con otros trastornos de salud mental, como el trastorno de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de tic.

SIGNOS

Son el elemento directamente observable para un observador externos. Es todo lo que se puede observar, es decir un proceso

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

orgánico que nuestro cuerpo tiene, también se define como indicios o señales que se pueden percibir.

SINTOMAS

Es lo que el paciente nos describe, donde nos indica cómo se siente, este tiene que ser descrito por la persona ya que no se puede observar por el evaluador. Los síntomas más comunes en este trastorno son;

Perfeccionismo: no se toleran errores y todo tiene que ser perfecto, aquí se puede evidenciar la conducta repetitiva de revisan las cosas una y otra vez.

Sobreestimación de la amenaza: se magnifica la probabilidad de que ocurra una catástrofe.

La Intolerancia a la incertidumbre: todo tiene que estar bajo control como única vía de obtener seguridad, tienen grandes dificultades a la hora de afrontar situaciones inesperadas.

Rigidez de ideas: las ideas inamovibles.

Responsabilidad excesiva: se construyen reglas y esquemas de conducta basados en la responsabilidad de hacer siempre lo correcto.

La importancia de controlar los propios pensamientos: necesitan controlar los

pensamientos de modo que no pueda pensar en determinadas cosas.

COMORBILIDAD

Como lo menciona “comorbilidad y TOCD ...” (2017a), Quiere decir que padecen más de una enfermedad crónica o condición a la vez. Las condiciones que se sobreponen pueden ser mentales y físicas. Por ejemplo, el tener ansiedad o depresión, Comorbilidad también implica interacciones entre las enfermedades que tienen el potencial de empeorarlas. En otras palabras, los síntomas de uno impactan al otro y viceversa. Comorbilidad es tan común que cerca de 50% de personas con un trastorno cumplen los criterios para un segundo trastorno.

Cómo se relaciona al TOC

Muchas personas con TOC padecen de otro trastorno también. Algunas de las comorbilidades comunes que coexisten con el TOC son parte del espectro depresión-ansiedad, como el trastorno de pánico, ataques de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastornos de alimentación, trastorno dismórfico corporal y rasgos de perfeccionismo. “comorbilidad y TOCD ...” (2017b),

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

COMO SE TRATA EL TOC

Dicho trastorno por lo general es tratado por un profesional en salud mental, ya sea psiquiatra o psicólogo.

En una posible intervención de este trastorno, lo primero a realizar es una *psicoeducación* al paciente, es importante que el individuo reconozca y conozca el trastorno que padece, también durante la misma se le da a conocer cómo funciona la estrategia de exposición/prevenición de respuesta, ya que esta es un técnico fundamental a trabajar durante un trastorno obsesivo compulsivo, la segunda etapa se *identifican los factores de desarrollo y mantenimiento*, construye una lista con todos estos estímulos y partiendo de esta lista, el individuo comenzara a evitar cada una de estas conductas con el fin de disminuir la exposición de estas situaciones, disminuyendo así su malestar. En la tercera etapa se trabajarían los *entrenamientos cognitivo-conductual*, en esta fase se pueden emplear técnicas para el manejo de la ansiedad como lo son, inocuacion de estrés, relajación, modelado y role playing; para el manejo de las obsesiones se podrían aplicar, la identificación de los pensamientos que

provocan los impulsos y rituales, postergar el impulso, resistirse al impulso (identificar el pensamiento y pararlo), tratar de disminuir la frecuencia con la que se lleva a cabo el ritual y tratar de modificarlo, cambiar la imagen temida por algo divertido.

Si el paciente realiza todos estos pasos de la manera correcta, de la mano de un profesional en salud mental, los resultados serían muy satisfactorios.

TERAPIAS

La terapia cognitivo conductual, es la más adecuada para tratar este trastorno, ya que por medio de esta se le enseña al paciente cómo comportarse y reaccionar ante las obsesiones y compulsiones.

El tratamiento de dicho trastorno se compone de tres etapas principalmente;

En la primera etapa lo que se busca es analizar la situación, identificar el estímulo aversivo, en segunda instancia se realiza una intervención para trabajar la respuesta frente a dicho estímulo, aquí se comienza a trabajar de la mano con el terapeuta, lo que se quiere con esto es adquirir habilidades para contrarrestar las dificultades propias que se trae consigo

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

este trastorno, dentro de la intervención se pueden realizar algunas actividades como; Reconocer los pensamientos disfuncionales que tiene el individuo, con el propósito de reconocer que dichos pensamientos son inadecuados y generar a partir de esto, la estrategia de parada de pensamientos, otra de las actividades que el paciente revise y sea consciente de la inconveniencia del hábito que está usando como compulsión, y crear una respuesta que compita con el hábito de compulsión que se ha desarrollado. Por último, un seguimiento en el que deben evidenciar los avances frente a las técnicas y terapias realizadas en la intervención.

la técnica más usada para tratar este trastorno, es la terapia de exposición y prevención de la respuesta, ya que por medio de esta se expone gradualmente a la persona a su temor u obsesiones y a los estímulos que las provocan, se le enseña a responder de manera correcta al estímulo, enseñándole cómo lidiar con la ansiedad que este le ocasiona.

Los principales objetivos de esta técnica, son; Entrenar en estrategias para el control de la ansiedad y que desaparezcan los rituales.

la terapia de aceptación y compromiso, también es útil para el tratamiento de este

trastorno ya que esta proponen cambios en determinados aspectos del tratamiento que logran que el número de abandonos sea mucho menor, debido a que el objetivo que tiene el paciente no es eliminar la ansiedad, sino conseguir la flexibilidad psicológica necesaria para que la ansiedad no interfiera en su vida, ni en sus objetivos, intereses y valores consiguen que el paciente se involucre de forma más personal e intensa, ya que los cambios que hace los realiza no van solamente dirigidos a la extinción o habituación de la ansiedad, Lo cual supone para el paciente cambios profundos en la aceptación de las sensaciones de ansiedad, el descubrimiento y el compromiso con sus intereses y valores, y una ampliación del concepto de sí mismo. Hay ya pruebas que indican que los cambios terapéuticos que se dan en la terapia consiguen que el paciente se exponga más motivado y que las recaídas serán menores.

POSIBLES COMPLICACIONES

Las posibles causas de complicación que puede tener un individuo que padezca el trastorno, como consecuencia de los signos, síntomas, pensamientos obsesivos y las compulsiones, serian; Problemas de

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

salud, como dermatitis de contacto por lavado frecuente de las manos, Incapacidad para asistir al trabajo, o la escuela, a actividades sociales, Relaciones conflictivas, Mala calidad de vida en general.

MEDICAMENTOS

El profesional en psicología no está autorizado para generar recetas, dicha autorización de recetas debe ser generada por un psiquiatra o un médico, los medicamentos que ayudan a tratar el trastorno obsesivo-compulsivo Se basan en la utilización de antidepresivos ya sean los clásicos tricíclicos o los más modernos inhibidores de la recaptación de la serotonina. Estos últimos tienen una eficacia de mejora en el 40 al 60% de los pacientes y con unos efectos secundarios que son, generalmente, asumibles. Uno de los más corrientes de estos efectos es su efecto en la sexualidad, porque provoca inhibición y dificultades en alcanzar el orgasmo. Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y un tipo de inhibidor de la recaptación de serotonina (IRS) llamado clomipramina.

CONCLUSIONES

Es claro que el trastorno obsesivo compulsivo, tiene una gran repercusión en la vida de quien lo presenta ya que este trastorno afecta todos los aspectos, en este artículo abordamos sus posibles síntomas y observamos el grado de afectación que este tiene, así mismo mencionamos algunas técnicas para tratar el trastorno. Cabe resaltar que los pacientes con el trastorno obsesivo compulsivo, se cursa de la mano con algún trastorno del estado de ánimo, también se encuentran pacientes que solo muestran los síntomas obsesivos cuando están en medio de una depresión grave, la probabilidad de que este trastorno se encuentre acompañado con un trastorno de ansiedad es alto, ya que el TOC está clasificado en el DSM-5 como un trastorno de ansiedad.

Así mismo se reconocen sus posibles causas y factores predictores del pronóstico continúa siendo un aspecto crudo que requiere mayor estudio y cualificación, un campo en el que aún hay resultados contradictorios, probablemente debido a que se han tomado grupos de estudio pequeños, con tiempos de seguimiento han sido cortos. Sin embargo, los factores que tras la revisión de los

ARTICULO DE REFLEXION NO DERIVADO DE INVESTIGACION

diferentes estudios se encuentran como significativos de manera más consistente son:

Como factores positivos, encontramos la Respuesta a tratamiento inicial de cinco semanas con clomipramina o de ocho semanas con fluoxetina, en segunda instancia el adecuado cumplimiento a mediano plazo del tratamiento farmacológico y por último en cuanto a la respuesta a la terapia cognitiva-conductual, se observa el cumplimiento de tareas durante la primera semana.

Como factores negativos, encontramos la psicopatología de los padres, la Presencia o posterior aparición de tics, la alteración de algunos rasgos de personalidad, como paranoide, esquizoide y esquizotípica, Demora en comienzo del tratamiento, la alta emoción expresada en la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Restrepo, R. (2014). DSM-5 Guía de consulta de los criterios diagnósticos: Traducción del texto. American Psychiatric Asociación.
- Hirsch, M. (2016). Suspensión de antidepresivos en adultos. Mayo Clinic Healthy Living.
- Anónimo. Trastorno obsesivo-compulsivo: cuando los pensamientos no deseados toman control. The Nacional Institute of Mental Health.
- Anónimo. (2019). Causas y síntomas del trastorno obsesivo compulsivo: Sanitas.es.
- Kodysz, S. Trastorno obsesivo compulsivo (T.O.C): Hojas clínicas de salud mental.
- Morrison, J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico: Manual moderno.
- García, J. (2013). Tratamientos del trastorno obsesivo compulsivo: Psicoteraputas.com.
- Ortiz, J. (2002). Trastorno obsesivo-compulsivo: artículo académico.
- Vásquez, R. (2003). Factores de pronóstico en el trastorno obsesivo compulsivo: Revista colombiana de psiquiatría.