TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Sheyla Aller Mespollet
Sergio Fernández Villanueva
1º Bachillerato B

INTRODUCCIÓN

La característica esencial del TOC es el síntoma de obsesiones o compulsiones recurrentes que causan malestar en una persona.

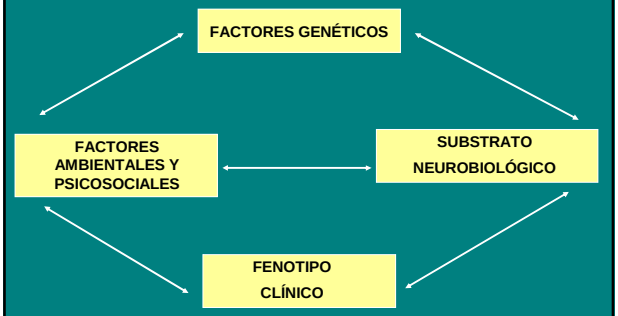
Las obsesiones y las compulsiones demandan tiempo e interfieren significativamente con la rutina normal, el desempeño laboral, las actividades sociales o las relaciones del individuo.

Un paciente con TOC puede tener una obsesión, una compulsión o ambas.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia: 2-3% de la población
- 10% de pacientes psiquiátricos
- Se da de la misma manera en mujeres y hombres adultos (Inicio más temprano en hombres)
- Edad media de comienzo: 20 años

ETIOLOGÍA



A partir de una predisposición genética, el paciente tiene una vulnerabilidad neurobiológica que se va reduciendo o acentuando a partir de su interacción con los factores del medio ambiente y factores psicosociales, dando como resultado, diferentes fenotipos de la enfermedad.

ETIOLOGÍA

- **Factores biológicos**:
  - Posible desregulación de 5HT
  - Posible alteración funcional de circuitos neurológicos evidenciado en TAC y RNM
  - Genético: de 21 a 25% de familiares de pacientes con TOC también padecen la enfermedad.
  - Posible vinculación con síndromes de Tics motores (Trastorno de la Tourette y Tics motores crónicos)

ETIOLOGÍA

- **Factores psicosociales**:
  - 15 a 35% de pacientes con TOC ha tenido rasgos obsesivos premórbidos
  - Mecanismos de defensa frente a la angustia inconsciente (Teoría Psicoanalítica)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. DSM-IV-TR

A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

1- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan en algún momento del trastorno como inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

2- Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

3- La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

4- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son producto de su mente

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR

Las compulsiones se definen por:

1- Comportamientos o actos mentales repetitivos, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2- El objetivo es la prevención o reducción del malestar o de algún acontecimiento negativo; sin embargo no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o bien resultan claramente obsesivos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una perdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o académicas y su vida social.

D. Si hay otro trastorno del eje I el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limitan a él.

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Tipos.

Dentro del TOC se pueden diferenciar **ocho** tipos:

·**Lavadores y limpiadores:** son personas a las que carcomen obsesiones relacionadas con la contaminación a través de determinados objetos o situaciones.
·**Verificadores:** las que inspeccionan de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe.
·**Repetidores:** son aquellos individuos que se empeñan en las ejecuciones de acciones repetitivas.
·**Ordenadores:** son personas que exigen que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas rígidas, incluyendo distribuciones simétricas.

Tipos.

Acumuladores: coleccionan objetos insignificantes, de los que no pueden desprenderse.

·**Ritualizadores mentales:** acostumbran a apelar a pensamientos o imágenes repetitivas con el objeto de contrarrestar su ansiedad provocadora de ideas o imágenes, que constituyen las obsesiones.

·**Atormentados y obsesivos puros:** experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores.

·**Sexuales:** consiste en pensamientos sexuales recurrentes, que incluyen sobre todo un temor exagerado a ser homosexual

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **Síntomas primarios**:
  Obsesiones y compulsiones
- **Síntomas secundarios:**
  Ansiedad, depresión, irritabilidad.

La ansiedad es un síntoma secundario, a pesar de que al TOC todavía se lo ubica como un trastorno de ansiedad.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Características de las obsesiones:

- Intrusivas
- Dubitativas
- Permanentes
- Sin propósito
- Duales o ambivalentes: Cree y descree al mismo tiempo de sus obsesiones.
- Displacenteras
- Ocultas o secretas: Habitualmente aparecen en secreto sin ser compartidos con nadie por considerarlas absurdas o vergonzantes.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Tipos fenomenológicos de obsesiones:

- Contaminación
- Agresivas
- Sexuales
- Somáticas
- Religiosas
- Coleccionismo o acumulación
- Necesidad de simetría o precisión
- Duda patológica

MANIFESTACIONES CLINICAS

- **Tipos de compulsiones**:

- Cognitivas: Urgencia irresistible de llevar a cabo un acto mental. Ejemplo: Compulsión a contar.

- Motoras:
  Lavado
  Verificación
  Coleccionismo
  Repetición

ESPECTRO COGNITIVO

Adecuado Insight — Bajo Insight — Ausencia de Insight

Idea obsesiva — Idea Sobrevalorada — Idea delirante

Insight: Conciencia de enfermedad

ESPECTRO COGNITIVO

- **Idea Obsesiva**: No es el producto de un juicio desviado. Idea errónea reconocida por el enfermo, quien comprende su carácter patológico

- **Idea Sobrevalorada:** Creada por un juicio parcialmente interferido por los estados afectivos surgidos de las creencias y de los conceptos científicos, religiosos, políticos o social.

- **Idea Delirante:** Producto de un juicio perturbado. Tiene significado erróneo y es irreductible

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

- 5 a 10 años antes de recibir atención psiquiátrica
- La mayoría de los pacientes con TOC tienen un curso clínico crónico.
- Las remisiones sostenidas son relativamente inusuales en el TOC

TRATAMIENTO

Los mejores resultados se obtienen con la combinación de tratamiento farmacológico y terapia conductista.

- **FARMACOTERAPIA:**
  - ISRS a dosis altas (Fluoxetina, Paroxetina o Sertralina)
  - Clomipramina (ATC)
- **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**:
  - Tan eficaz como la farmacoterapia. Enfoques de exposición y prevención a la respuesta
- **PSICOTERAPIA PSICOANALITICA:**
  - No hay estudios adecuados que comprueben su eficacia.