Trastorno obsesivo-compulsivo

¿Qué es el trastorno obsesivo-compulsivo y cuáles son sus causas?

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), también denominado neurosis obsesiva, neurosis anancástica, o síndrome del perfeccionista es, como indica su nombre, un trastorno que se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos recurrentes y difíciles de resistir, ya que los intentos de resistirse producen miedo, ansiedad, tensión y sufrimiento de carácter progresivo.

¿Con qué frecuencia se presenta el trastorno obsesivo-compulsivo?

La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en la sociedad puede considerarse importante, ya que llega afectar a un 2,5 % de la población. Si hay antecedentes familiares, el riesgo de desarrollarlo es más grande y llega hasta el 9-10 %.

¿Cómo se manifiest el trastorno obsesivo-compulsivo?

Los **pensamientos obsesivos (obsesiones)** son intensos y prácticamente siempre son percibidos por el paciente como "dolorosos", "vergonzosos", "absurdos" y "no deseados". Aunque los pensamientos obsesivos aparecen en contra de la voluntad del paciente y suscitan objeciones, él mismo los percibe como propios. Las obsesiones pueden clasificarse en las siguientes categorías:

• dudas obsesivas, por lo general asociadas a las actividades prosaicas, p. ej. aquellas que no se resuelven tras comprobar múltiples veces y de distintas maneras si se ha cerrado la puerta, apagado la luz, cerrado las llaves con agua, colocado los objetos de manera adecuada y ordenada, lavado bien las manos, etc.
• pensamientos obsesivos, no deseados, que a menudo contrastan con las creencias de la cosmovisión de alguien de carácter blasfemo, obsceno o vulgar, y que con frecuencia se intensifican en los lugares o ante las circunstancias en las cuales están particularmente fuera de lugar (p. ej. en una iglesia, durante una oración o encuentro familiar, etc.)
• impulsos obsesivos, p. ej. pensamientos intensos e irresistibles que incitan a gritar o desnudarse en un lugar público, hacer algo vergonzoso o mostrar agresividad hacia personas que no queremos lastimar y que nos son cercanas (p. ej. empujar a la madre, patear a un niño, asomarse demasiado por la ventana); lo importante es que en la neurosis obsesiva los pacientes nunca llegan a materializar estos impulsos, sino que van acompañados de un miedo intenso de que próximamente lo logren e intentan prevenirlo a toda costa;
• rumiación, es decir un pensamiento constante, prolongado durante horas, inútil y seudo-filosófico acerca de un solo tema, cuestión o idea, con una simultánea incapacidad para tomar una decisión o llegar a conclusiones constructivas;
• miedo obsesivo a la suciedad, impureza, o a ensuciarse a sí mismo o a los demás;
• necesidad obsesiva de mantener un orden o simetría perfectos e irreales, o una disposición concreta de los objetos que se encuentran alrededor, etc.

El enfermo percibe los **actos compulsivos (compulsiones),** al igual que los pensamientos obsesivos, como algo sin sentido e incómodo o vergonzoso, pero a la vez inevitable, ya que es difícil resistirse. Pueden tener la forma de:

• verificación compulsiva (de las puertas, llaves de agua, objetos, etc.) en respuesta a las dudas obsesivas;
• limpieza y lavado (p. ej. de manos) u organización constante, asociada a la inseguridad de que estas acciones hayan sido realizadas de manera correcta, de acuerdo con el procedimiento impuesto por uno mismo, y de que hayan sido efectivas;
• rectificación, organización y reorganización constante asociada al deseo obsesivo de mantener las cosas en orden, simetría o en una disposición particular;
• actividades complejas que se asemejan a ritos extraños que el paciente se siente obligado a realizar para bajar la tensión o prevenir unas consecuencias catastróficas, aunque altamente improbables, a pesar de ser consciente de que sus acciones y creencias son absurdas (p. ej. "tengo que dar dos vueltas alrededor del auto saltando en una pierna o algo malo le pasará a mi hija");
• recolección y almacenamiento forzoso de objetos.

La neurosis obsesiva a veces puede acompañarse de los siguientes síntomas y signos adicionales.

• Manifestaciones del trastorno de ansiedad, p. ej. ataque de pánico o ansiedad generalizada
• Manifestaciones de la depresión: una neurosis obsesiva resistente al tratamiento o no tratada durante un tiempo prolongado puede ser una fuente de sufrimiento importante para el paciente y deteriorar de manera significativa su funcionamiento en la casa, el trabajo, la escuela o la universidad. En reacción a estas consecuencias, puede producirse el deterioro del estado de ánimo o de la percepción de uno mismo, el desarrollo del sentimiento de impotencia y desesperación o incluso el desarrollo de un episodio depresivo completo.
• Despersonalización y desrealización: a veces, la ansiedad y la tensión que acompañan a los actos compulsivos o a los intentos de resistirlos son tan graves que resultan en un sentimiento temporal de perder el contacto con la realidad. El paciente puede sentir entonces que no tiene contacto completo con el mundo y que las personas y objetos que lo rodean son irreales, artificiales, como si formasen parte de un decorado (desrealización), o que sus pensamientos de desprenden del mismo, como si no le fueran propios, y que sus sentimientos, emociones, acciones o partes del cuerpo no le pertenecen (despersonalización). Generalmente, estos síntomas preocupan mucho al paciente y pueden generar el miedo de "volverse loco" o de una "demencia" inminente.
• Tics: son movimientos (p. ej. parpadear, encogerse de hombros, hacer muecas, etc.), o vocalizaciones (grunidos, ladridos, silbidos y otros) involuntarios y recurrentes, que al igual que los actos compulsivos son percibidos como algo imposible o difícil de resistir.
• Aicmofobia: miedo intenso a objetos afilados, en el cual el paciente evita el contacto con los mismos y los esconde.
• Misofobia: miedo excesivo a la suciedad, que se asocia a una fuerte necesidad de evitar el contacto con la misma, eliminarla y prevenir que se ensucie.
• Bacilofobia: miedo a los gérmenes, analógico a la misofobia.

¿Cómo actuar ante la aparición de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo?

Si nota la presencia de algún síntoma o sospecha de ellos, el paciente debe contactar con un médico psiquiatra. No se debe aplazar la consulta, ya que, primero, los síntomas son muy molestos, dificultan la vida y provocan mucho sufrimiento, y segundo, si se presentan durante un tiempo prolongado pueden consolidarse. Es así porque, entre otras cosas, cuando una persona con trastorno obsesivo-compulsivo quiere manejar las experiencias desagradables toma acciones que le proporcionan un alivio temporal y que a largo plazo conservan e intensifican algunos mecanismos que sostienen el trastorno obsesivo-compulsivo. Estas incluyen, por ejemplo, evitar algunas situaciones o involucrarse en rituales o actividades que tienen como objetivo reducir la tensión psíquica. El tratamiento permite romper este círculo vicioso al utilizar, p. ej., la terapia cognitivo-conductual (TCC). Además, el tratamiento precoz minimiza el riesgo de desarrollo de tales

complicaciones, como la depresión.

¿Cómo se establece el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo?

El médico psiquiatra basa su diagnóstico sobre todo en una anamnesis detallada y en la evaluación del estado psíquico que consiste en formular preguntas, conversar y observar al paciente. El médico puede también derivar al paciente a realizar pruebas psicológicas complementarias e indicar que rellene (o rellenar junto con él) los cuestionarios especializados que sirven para evaluar la intensidad de los síntomas. También probablemente solicitará pruebas bioquímicas básicas (de sangre) para evaluar el estado general y realizar el denominado diagnóstico diferencial. En algunos casos también puede tomar la decisión de realizar pruebas complementarias: electroencefalograma (ECG), tomografía computarizada o resonancia magnética, y una consulta neurológica.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo?

El tratamiento de la neurosis obsesiva es un proceso prolongado y complejo. Es muy importante tener paciencia, ya que en general las obsesiones y compulsiones responden de manera lenta y gradual a los métodos terapéuticos empleados. En el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo se utilizan tanto fármacos, como psicoterapia y las técnicas complementarias. Las personas con síntomas leves pueden ser tratadas solo con psicoterapia o farmacoterapia. Si los síntomas son muy intensos, puede ser necesario utilizar ambos métodos a la vez. Los fármacos básicos utilizados en la terapia del trastorno obsesivo-compulsivo son los antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (p. ej. sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, fluoxetina) y un fármaco tricíclico, es decir clomipramina. El tratamiento farmacológico se prolonga desde meses hasta muchos años. A veces los intentos de suspender los medicamentos se asocian a la recurrencia o empeoramiento de las obsesiones: en estos casos, el paciente recibe fármacos de manera indeterminada. Generalmente, los antidepresivos se utilizan a dosis mucho mayores que aquellas recomendadas en el tratamiento farmacológico de la depresión. A veces, para disminuir la intensidad del miedo y de la tensión, el médico añade a los antidepresivos un ansiolítico o hipnótico. Ante la presencia de tics, los antidepresivos se combinan con un fármaco antipsicótico (p. ej. haloperidol o risperidona). El método psicoterapéutico mejor documentado en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo es la terapia cognitivo-conductual. Durante las sesiones terapéuticas el paciente aprende a manejar la exposición a los estímulos que desencadenan o empeoran las compulsiones y a resistirse gradualmente a los actos compulsivos. En algunos pacientes también puede resultar muy beneficiosa la terapia psicodinámica.

¿Es posible la curación completa del trastorno obsesivo-compulsivo?

Hay que tener en cuenta que cada paciente —sin importar la intensidad, duración, naturaleza y cantidad de compulsiones— puede beneficiarse significativamente de la terapia. Se observa una reacción positiva al tratamiento en el 75 % de los enfermos. En una gran parte de los pacientes (aprox. 25 %) es posible conseguir la curación completa o una plena remisión sintomática y recuperación funcional.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo?

La duración del tratamiento se establece de manera individual, también en cuanto a la toma de fármacos. Tras terminar la terapia, puede estar indicado practicar las habilidades y los ejercicios aprendidos durante la terapia cognitivo-conductual.

Como en el caso de otros trastornos mentales, puede resultar útil cuidar la higiene mental y la salud, es decir: promover el desarrollo integral propio, desarrollar la habilidad de manejar el estrés y solucionar problemas, evitar el consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol), alimentarse de manera adecuada, así como realizar actividad física. También es importante aprender a identificar los síntomas de la recurrencia y, en caso de su aparición, realizar una rápida intervención farmacológica y/o psicoterapéutica.

El médico determina la actuación a seguir de forma detallada según el paciente.

¿Qué hacer para evitar el trastorno obsesivo-compulsivo?

No hay métodos específicos que prevengan la aparición del trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes

El trastorno obsesivo-compulsivo en personas en edad de desarrollo se caracteriza por un cuadro y un curso similar al observado en los adultos, aunque también se existen algunas diferencias importantes, especialmente en el caso de pacientes más jóvenes. Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo aparecen antes de la pubertad y en este grupo etario son más frecuentes en varones. Durante la pubertad la proporción del género afectado se nivela gradualmente.

Al igual que en adultos, las causas del trastorno obsesivo-compulsivo son complejas e incluyen: anomalías en la anatomía y/o funcionamiento del sistema nerviosos central, complicaciones periparto, factores genéticos y ambientales. También se sospecha que puede desarrollarse a consecuencia de una respuesta autoinmune debida a una infección por estreptococos.

Con mayor frecuencia, los pensamientos obsesivos en niños tienen forma de: miedo por la vida y salud de las personas más cercanas que aumenta durante la separación de ellos, miedo a ensuciarse, a infectarse por los gérmenes, a enfermar gravemente, a cometer un pecado. A menudo, los pensamientos obsesivos se refieren a la esfera de la sexualidad y se acompanan de un fuerte sentimiento de culpa.

Entre los actos compulsivos predominan los rituales que tienen como finalidad evitar ensuciarse o infectarse (no tocar los objetos, lavarse y cambiarse con frecuencia, etc.), los enfermos también organizan los objetos en un orden determinado, acumulan objetos y verifican cosas con frecuencia (p. ej. si la puerta está cerrada). El hecho de preguntar múltiples veces (sobre todo a los familiares) por una cuestión determinada es una actividad problemática, ya que a menudo no se percibe como una manifestación del trastorno obsesivo-compulsivo. Con frecuencia, las personas cercanas al niño creen que su comportamiento se debe a la búsqueda de seguridad, de atención, o incluso al hecho de "ser malvado", y no a una enfermedad.

En niños, a diferencia de los adultos, algunos casos del trastorno obsesivo-compulsivo se caracterizan sobre todo por la presencia de actos compulsivos, prácticamente sin pensamientos obsesivos sobre contenidos específicos.

Aproximadamente la mitad de los casos del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes cursa con otros trastornos mentales: tics, trastornos depresivos, ansiedad, TDAH, trastornos del comportamiento, trastornos del desarrollo o de la excreción específicos.

Los métodos diagnósticos son iguales que en adultos, pero el proceso diagnóstico puede ser más difícil. Los niños tienden a ocultar, disimular o negar los síntomas, ya que generalmente les dan vergüenza. Por el

otro lado, los familiares de los niños que padecen este trastorno a menudo participan en sus rituales, p. ej. les abren la puerta o pasan los objetos si estos no quieren tocarlos por el miedo a ensuciarse. Con frecuencia lo hacen de manera inconsciente, ya que perciben el comportamiento del niño como una "extravagancia" o intentan ayudarle de esta manera al darse cuenta de su ansiedad e incomodidad.

En el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes se utilizan los mismos métodos que en adultos. En caso de síntomas más leves a menudo es suficiente iniciar la psicoterapia, mientras que ante los síntomas más graves que afectan el funcionamiento del niño vale la pena considerar también el tratamiento farmacológico. En el marco del tratamiento no farmacológico, muchas veces se aconseja realizar la terapia familiar.

Finalmente, cabe mencionar que los niños de edad preescolar y escolar temprana a menudo tienden a repetir algunas acciones (p. ej. contar u ordenar los objetos) o tienen sus "rituales" asociados a la vida cotidiana (p. ej. saltar determinados escalones o prepararse para dormir de una manera particular). Estas acciones no causan sufrimiento del niño y no afectan a su funcionamiento, ya que este puede dejar de hacerlas sin mayor incomodidad mental. Se debe diferenciar estos comportamientos naturales de actuaciones compulsivas con las que se manifiesta la enfermedad.

autor:
Marcin Siwek (MD, PhD), Bartosz Grabski (MD, PhD), Magdalena Miernik-Jaeschke (MD)