

Trastorno obsesivo compulsivo

Numerosas investigaciones de las últimas décadas demuestran relaciones significativas entre alteraciones cerebrales y síntomas obsesivo - compulsivos estableciéndose que daños en la región frontal son la base neurofisiológica principal de esta enfermedad. Estos componentes biológicos estimularon el desarrollo de fármacos capaces de alterar el curso del TOC y a partir de los años 50 se inician los tratamientos con los antidepresivos tricíclicos los que demostraron importante alivio de la sintomatología.



DEFINICION

La característica esencial del Trastorno Obsesivo - Compulsivo es la presencia de fenómenos patológicos de ocurrencia repetitiva. Las obsesiones son definidas como ideas, pensamientos, imágenes o recuerdos que invaden la conciencia y que la persona los experimenta como

perturbadores y sin sentido y que a pesar de grandes esfuerzos no logra controlar , suprimir o rechazar. Las más frecuentes tienen relación con pensamientos repetidos de agresión (matar a alguien), contaminación (temor a infectarse por otras personas) y de duda (preocupándose excesivamente por haber dañado a alguien). Las compulsiones son actos o conductas repetitivas que aparentemente tienen alguna finalidad determinada, desde formas relativamente simples (lavado de manos) hasta verdaderos rituales que exigen a las personas enormes cantidades de tiempo (contar, comprobar, tocar).

Existe una amplia gama de severidad de las manifestaciones obsesivas - compulsivas, desde los casos leves o "normales" que serían aquellos individuos que se caracterizan por ser muy apegados al orden, la puntualidad, limpieza y organización , que forman parte de la manera de ser habitual de esa persona hasta las personas que sufren síntomas intensos como realizar largos y complicados rituales repetidos (pasarse horas en el baño) con la finalidad no consciente de reducir la angustia

EPIDEMIOLOGIA

Alrededor de un 2% sufre de Trastorno Obsesivo Compulsivo y afecta por igual a hombres y mujeres. La edad de comienzo es en general en la adolescencia al principio de la edad adulta , con una mayor tendencia al inicio precoz en la mujer.

Estudios genéticos revelan que la concordancia en gemelos monocigotos es de 60% y en familias de pacientes con TOC el 21 - 25% de los parientes también sufren de la enfermedad.

CUADRO CLINICO

Lo específico del TOC es la queja repetitiva, sin sentido e indeseada, que son las obsesiones y las compulsiones. Habitualmente los actos compulsivos son el mecanismo utilizado para liberarse de los pensamientos obsesivos, pero pueden aparecer de forma separada.

Algunas preguntas que pueden ayudar en el diagnóstico son:

¿Experimenta sufrimiento por causa de pensamientos repetitivos e indeseados o por actos compulsivos?

¿Ocupa mucho tiempo diariamente con las obsesiones o los rituales?

¿Interfieren estas molestias en el desarrollo de sus actividades habituales?

La mayoría de las personas que sufren de TOC tienen conciencia real de sus síntomas, lo que la diferencia de otras patologías como la hipocondría o la psicosis. Todos ellos refieren sentirse atrapados, incapaces de reaccionar racionalmente para evitarlos, reconocen el desperdicio de tiempo y muchas veces sienten intenso agobio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En ciertas personas es posible la existencia de alteraciones crónicas de tipo "obsesivo" como pueden ser un excesivo afán por el orden o la pulcritud, que las personas no las vivencian en sí mismos como un problema, mas bien constituyen la manera de ser o "personalidad", aunque les puede ocasionar persistente fatiga o tensión nerviosa. En estos casos estaríamos frente a una personalidad anormal o caracteropatía. Algunas actividades tales como comer, la conducta sexual, el juego o el consumo de alcohol, cuando se realizan de manera excesiva pueden ser calificadas como "compulsivas". Desde el punto de vista clínico esto no necesariamente forma parte de los TOC, dado que por lo general las personas que realizan estas acciones , aunque también objetivamente exageradas, obtienen placer por ellas y tratan de evitarlas solamente por sus consecuencias negativas.

TRATAMIENTO

Está basado en tres aspectos :

1. Psicoeducación:

es decir la información que el paciente y la familia deben tener acerca de la enfermedad y el tratamiento ,

2. Manejo Psicoterapéutico:

siendo el mas eficaz la técnica conductiva-conductual, Sin embargo las aproximaciones de orientación psicoanalíticas son útiles para el alivio de la ansiedad crónica y las dificultades caracterológicas.

3. la terapéutica farmacológica:

Esta última está basada en los fármacos de acción serotoninérgica , es decir los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina , entre otros fluoxetina , paroxetina , sertralina . A diferencia de su utilidad en la depresión se requieren dosis elevadas y lo más importante , el efecto se obtiene después de varias semanas , 10 a 20 , por lo tanto con una larga espera . En depresión la latencia (tiempo que se requiere para que el fármaco alcance niveles terapéuticos adecuados, es decir, "para que empiece a actuar") terapéutica es de 2-4 semanas.