

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tratará de exponer algunas teorías del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), basándose en las teorías de la corriente cognitivo-conductual. Se presentará una exploración de los conceptos y de la definición del TOC y de las características que tienen las personas que sufren de dicho trastorno así como de las conductas que llevan a cabo y que no les permite desarrollarse de manera óptima o eficiente.

Por otra parte, se expondrán dos de las técnicas más consistentes respecto al TOC dentro de la cognitivo-conductual. Estas son la exposición y la prevención de respuesta que entre otros aspectos incluyen la detección del síntoma; exponer el síntoma en diferentes aspectos como: en qué momento, en qué situaciones, con qué personas, como se manifiesta, la duración del síntoma, etc; y por último la prevención del síntoma para que no se vuelva a repetir y con ello que la persona pueda enfrentar las situaciones sin la necesidad de recurrir a conductas estereotipadas.

Por último, se mostrará de manera global los elementos en la técnica y como estos involucran no solo a la persona con TOC sino a familiares, al terapeuta y en un momento dado como el paciente puede usar las herramientas aprendidas en el tratamiento para poder enfrentar otros síntomas que contengan las características del primer síntoma detectado.

MARCO TEORICO

Aspectos históricos.

El término obsesión proviene del latín *obsessio*, -onis. Según la Espasa (1992) significa asedio, es utilizado como sustantivo para describir una perturbación anímica producida por una idea fija, o una idea que pertinazmente asalta a la mente de una persona. Desde el punto de vista de la patología es un síndrome de carácter ideativo y emocional, que consiste en la aparición de pensamientos o sentimientos que se imponen y van acompañados con estados de ansiedad; en este estado obsesivo hay una imposición de la idea obsesiva o de la emoción sobre el paciente variando en el grado de imposición pudiendo llegar a lo gravemente patológico tiranizando la voluntad del sujeto.

Otra acepción del término obsesión es la aportada por The C.V.Mosby Co. (1993) que propone que es una idea, temor o impulso que se apodera del ánimo del paciente, dominándolo por completo y provocando un estado de ansiedad y angustia.

Por su parte, Dorsch (1991) tiene en cuenta la derivación latina de *obsidere* que significa sitiar, cercar, y define el término como "idea, temor, acto que se presenta repetidamente y es sentido por el individuo como forzado, impuesto en contra de su voluntad".

Por otra parte, el término compulsión va íntimamente asociado al de obsesión, así pues la compulsión es la consecuencia de la obsesión, y que derivado del latín *compulsio*, -onis se define, según la Espasa (1992) como "apremio y fuerza que, por mandato de autoridad, se hace a uno, compeliéndole a que ejecute alguna cosa".

The C.V.Mosby Co (1993) la define como "impulso irracional, irresistible y repetitivo de realizar un acto contrario a la razón que produce ansiedad si no se lleva a cabo, y suele ser resultado de una idea obsesiva".

Dorsch (1991) lo define como "fuerza interior que determina y domina el pensamiento y la acción de una

persona en contra de su voluntad y el individuo se siente coaccionado".

Sillamy (1994) ve en el término la "tendencia a la repetición, donde el sujeto realiza actos irracionales sabiendo muy bien que no corresponden a ninguna razón lógica, y sólo para conjurar la angustia que nacería si no se realizase estas acciones".

Como se ve en las definiciones anteriores es difícil diferenciar realmente una obsesión de una compulsión en el sentido de que en ambos términos se incluye tanto ideas, pensamientos, temor, emociones, impulsos, sentimientos y actos, junto al denominador común de la ansiedad. Es decir, en las definiciones anteriores no está delimitado cada uno de los componentes de la obsesión y/o de la compulsión. No obstante sí se ponen de manifiesto características diferenciales respecto a otros trastornos o psicopatologías, especialmente en cuanto a la diferenciación de neurosis/psicosis, en ningún caso se refiere que los sujetos con obsesiones o compulsiones presenten ideas delirantes o alucinaciones, sin embargo es algo que en algún momento del proceso del sujeto puede estar presente mediante síntomas de psicosis reactivas breves cuando la sintomatología de la neurosis obsesivo-compulsiva genera en el sujeto un grado de deterioro o alcanzan un grado de frecuencia e intensidad tal que su comportamiento puede verse afectado por síntomas de tipo psicótico; en otras ocasiones es difícil delimitar si la idea obsesiva puede corresponder a un trastorno de tipo paranoide o simplemente camufle una depresión o sea consecuencia de ésta.

Una de las primera obras en referencia a la neurosis obsesivo-compulsiva es la de Freud (1896), posteriormente los escritos de Löwenfeld (1904) y de nuevo Freud (1923) con revisiones a su obra Paranoia y Neurosis Obsesiva donde expone el caso del llamado "hombre de las ratas", aquí hace referencia a los elementos básicos de la neurosis: la presencia de un deseo obsesivo, el temor contrario y enlazado a tal deseo, un afecto penoso y un impulso a la adopción de medidas defensivas (pag.114); en otro lugar (pag.178 ss) propone hablar de pensamientos obsesivos en tanto que los productos obsesivos pueden equivaler a muy diversos actos psíquicos, pudiendo ser determinados como deseos, tentaciones, impulsos, reflexiones, dudas, mandatos y prohibiciones; refiere que las "representaciones obsesivas" dan lugar a "delirios" que los identifica como el resultado mixto de las reflexiones razonables de un sujeto como oposición a su ideación obsesiva, ello significa que a través del lenguaje del paciente se observa tanto la idea obsesiva como su interpretación errónea emitida por el paciente encubriendo o deformándola y del mismo modo puede observarse a través de la fórmula protectora o conductas impulsivas.

Manteniendo cierta línea psicodinámica y haciendo referencia a la psicopatología infantil Ajuriaguerra (1991) expone que las obsesiones y compulsiones se relacionan con un Yo limitado en la expresión de su pensamiento o en sus actos, limitación que se resuelve mediante la enfermedad, que un alivio transitorio pero inútil porque su porvenir es la repetición, caracterizándose esencialmente por la incoercibilidad, la lucha y la angustia. La edad media del comienzo del trastorno es a los 7 años y medio y su sintomatología lo suficientemente grave como para trabar la actividad general del niño.

Ajuriaguerra (1991) clasifica el síndrome obsesivo en el curso de la pubertad o de la adolescencia en (1).obsesiones ideativas, (2)obsesión fóbica y (3).obsesiones impulsivas. En las primeras, ideativas, la característica esencial es la duda y la rumiación dialéctica de contrarios; en la segunda, fóbica, el rasgo importante es la fobia; y en la tercera, impulsiva, el temor a actuar o pensar de una forma determinada acompañándose con una lucha ansiosa que evita el cumplimiento del acto, encontrándose los caracteres propios de la obsesión. También afirma que la evolución de la sintomatología obsesiva puede generar otros cuadros sindrómicos o preceder a una desorganización psicótica, e incluso ser el mecanismo defensivo contra una psicosis.

Durante el período de latencia, puede llegar a decirse de manera paradójica que el Yo del niño es precisamente obsesivo todo él en este período, sin embargo algunos trastornos del comportamiento, así como tics y fobias pueden integrarse en el cuadro de una evolución neurótica de probable tipo obsesivo-compulsivo. En la adolescencia sí tiene ya una significación patológica normal presentándose como

transitorio y cede rápidamente cuando se toma una actitud comprensiva hacia el adolescente.

Dorsch (1991) plantean que el síndrome obsesivo puede ser transitorio, no son neuróticos los niños sino que los síntomas aparecen en el transcurso del desarrollo progresivo y no son una regresión sino que puede tratarse de una exageración de las formas normales de comportamiento.

Proposiciones generales actuales.

Vallejo-Nájera (1991) expone que las obsesiones son pensamientos insistentes que dominan al sujeto, al menos intermitentemente, pese a que éste los considere injustificados, absurdos, e intente librarse de ellos; propone que la diferencia principal con las ideas delirantes es que el obsesivo "sabe" que sus ideas son absurdas, pero no puede sustraerse a su influjo, mientras que el delirante cree que sus ideas delirantes son ciertas. Llama compulsiones al impulso patológico que lleva a realizar determinados actos o ceremoniales en relación con las ideas obsesivas; el paciente es de nuevo consciente de que estos actos son absurdos y desea librarse de ellos, pero sufre tal angustia al no realizarlos que cede a sus impulsos compulsivos. Las obsesiones y compulsiones suelen estar tan enlazadas que se presentan unidas en la neurosis obsesivo-compulsiva. Hace la diferencia entre el predominio de las obsesiones, llamándose neurosis obsesiva, o bien el predominio de las compulsiones llamándose neurosis compulsiva, aunque en general van unidas siendo mixtas y dando lugar a la llamada neurosis obsesivo-compulsiva.

Polaino y Maldonado (1995) exponen que las obsesiones pertenecen al grupo de alteraciones del contenido del pensamiento, dentro de las cuales incluye los juicios repetidos y absurdos, la duda patológica, la interrogación obsesiva y por último la idea obsesiva. Definen la obsesión como la presencia patológica de un pensamiento o impulso, persistente e irresistible, que no puede eliminarse mediante ningún esfuerzo lógico y que domina al sujeto, por lo menos intermitentemente, aún a pesar de considerarlo injustificado y absurdo e intentar librarse de él. El miedo obsesivo puede estar solapado con alguna fobia. El sujeto con obsesión se siente muchas veces obligado a realizar rituales específicos o estereotipados con el fin de disminuir los efectos ansiosos por sus pensamientos, estos actos son las compulsiones y que el paciente también considera conscientemente como absurdas.

Polaino (1995) expone que las neurosis obsesivo-compulsivas son lo más atormentador, los enfermos se ven forzados a pensar o realizar, contra su voluntad, ideas acciones siempre molestas y frecuentemente repugnantes por la índole inmoral y dolorosa de tales representaciones o impulsos. El enfermo sabe en todo momento que sus pensamientos no son normales, pero no acaba de desprenderse de la noción de que esos mismos pensamientos y gestos pueden tener cierto carácter significativo. El comportamiento compulsivo puede adquirir en casos extremos proporciones tales que las actividades habituales quedan anuladas sin que el enfermo sea capaz por sí solo de llevar a cabo modificación alguna, siendo por tanto una de las alteraciones psíquicas más difíciles de tratar. La tendencia a la cronicidad es una constante; los esfuerzos del paciente por el autocontrol de estas ideas son infructuosos, a pesar de que reconozca la irrealidad de las ideas; sea como consecuencia de ellas o como característica acompañante es propio en estos pacientes la inhibición, el aislamiento social, la aparición de síntomas depresivos, las respuestas de ansiedad, las conductas estereotipadas en forma de rituales, el descenso de la autoestima y la baja tolerancia a la ambigüedad; las compulsiones podrían expresar el deseo infructuoso del paciente por controlar sus ideas obsesivas. Cuando el cuadro lleva muchos años de evolución la ansiedad deja paso a la depresión.

Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es un trastorno por ansiedad según la APA, y como tal ha de tratarse, sin embargo hay que tener en cuenta su carácter de trastorno especial, terapéuticamente hablando, al ser normalmente resistente a tratamiento, tanto farmacológico como conductual.

Según Polaino (1995) los métodos y principios conductuales están jugando un papel cada vez mayor en la

evaluación y tratamiento de casos diagnosticados como trastornos por ansiedad. Vallejo y Najera (1991) como teóricos sostienen que los principios de la conducta y desarrollo normales son también aplicables al desarrollo y mantenimiento de las conductas anormales, sin embargo Dorsch (1991) argumenta que esta proposición no ha sido demostrada convincentemente; a pesar de ello el modelo de la Teoría del Aprendizaje proporciona apoyo suficiente al investigador y clínico para la formulación de hipótesis de trabajo útiles en cuanto al desarrollo y mantenimiento de los diversos tipos de trastornos por ansiedad.

La originalidad o diferencia fundamental del modelo conductual respecto a otros modelos, médicos o psicodinámicos, es que se centra en la conducta problema en sí misma y en las condiciones que la mantienen. Polaino (1995) propone una serie de pasos en el proceso de evaluación y tratamiento conductual, es decir, tras haber realizado la evaluación conductual habrán de fijarse objetivos terapéuticos y el enseñar al paciente nuevas conductas o técnicas que permitan resolver de manera efectiva los problemas existentes. Una vez iniciado el tratamiento la valoración es importante e integrante de cada fase de tratamiento, a fin de evaluar la consecución de los objetivos propuestos, en caso de que ello no ocurra se habrá de nuevo de evaluar las conductas problema, el establecimiento de objetivos y los métodos terapéuticos empleados, provocando así una evaluación continuada de la evolución de la conducta del sujeto.

Existe una amplia gama de técnicas cognitivo-conductuales factibles de aplicación a los trastornos por ansiedad, pero todos tienen el denominador común de exponer al sujeto a los estímulos temidos durante el tratamiento; por ejemplo, en el caso de pensamientos obsesivos reiterativos la implosión es una técnica posible de aplicación, a pesar del malestar que puede provocar durante las sesiones terapéuticas (Polaino 1995). En la actualidad se aplican conjuntamente técnicas cognitivo-conductuales y farmacológicas que permiten una mayor rapidez y efectividad en el control por parte del paciente de su conducta problema y la instauración de conductas más adaptativas.

Tratamientos conductuales.

Según Mira (1991) plantean que el tratamiento de elección es la exposición a los estímulos que provocan ansiedad a fin de que tenga lugar un proceso de habituación y la prevención de respuesta de todas aquellas conductas encubiertas o que tengan lugar abiertamente que impidan un proceso de habituación.

Refiere Creus que en la práctica clínica es difícil la aplicación de esta técnica porque: 1).Las rumiaciones, rituales cognitivos y las conductas de evitación son difíciles de identificar y controlar; 2).El contenido de las obsesiones es idéntico que el del ritual; 3).Las conductas encubiertas tienen lugar sin que sean interrumpidas por la situación física o social, y por último, 4).La supervisión pierde sentido; a pesar de ello afirma que no hay duda alguna de que el entrenamiento en habituación conjuntamente con prevención de respuesta mejora los resultados terapéuticos en estos pacientes. Para mejorar la técnica de exposición y prevención de respuesta se propone mejorar los métodos de exposición y, en segundo lugar, una explicación detallada de la prevención de respuesta de los rituales encubiertos así como intentar identificar y resolver los problemas que puedan ir surgiendo.

A continuación se analizarán globalmente las técnicas de exposición y prevención de respuesta, siempre desde el punto de vista de su aplicación a conductas obsesivo-compulsivas.

Exposición y prevención de respuesta.

Se trata bien de un método técnico de tratamiento o bien un componente de una técnica terapéutica, puede realizarse una exposición en imaginación o "in vivo", bien dirigida por el terapeuta o bien autodirigida por el propio paciente.

Esta técnica va orientada a la prevención de la respuesta compulsiva y es dependiente, al igual que la exposición, de varios factores como el papel, la velocidad, la supervisión y la duración de la prevención de la

respuesta.

Las técnica consiste fundamentalmente en la prohibición de ejecutar las conductas compulsivas como medio para su extinción.

Parece ser eficaz al ser utilizada para un tratamiento breve de los síntomas individuales que se perciben como involuntarios, y entre otros casos para las obsesiones y compulsiones. Especialmente útil cuando se trata de un síntoma único y bien definido, aunque también es conveniente y rápida cuando se trabaja con varios síntomas interrelacionados.

McKay y cols (1985c) proponen una serie de condiciones, reglas o principios para la utilización de la técnica:

- 1) No preocuparse de por qué existe tal conducta/s problema sino por cual es en sí la conducta problema.
- 2) Ser lo más específico posible a la hora de delimitar la conducta problema y sus antecedentes y consecuentes, ya que el problema en sí es la solución.
- 3) Favorecer la resistencia del paciente al tratamiento lo que conllevará un incremento de la colaboración.
- 4) Definir la conducta objetivo, es decir, llegar a delimitar con exactitud qué se pretende conseguir en términos de cambio de conducta.
- 5) Asegurar el compromiso de cambio de conducta por parte del paciente.
- 6) Establecer un límite de tiempo terapéutico.
- 7) Prescripción del síntoma, es el núcleo de la técnica de intención paradójica, consiste en provocar en el paciente un incremento de la conducta problema, se pretende con ello demostrar que el cambio no es el cambio del síntoma en sí sino que lo que realmente se tiene como objetivo es cambiar la solución que el paciente ha venido aplicando infructuosamente al síntoma, es decir, se está dirigiendo al paciente a buscar lo que habitualmente evita y romper el círculo vicioso síntoma-solución-síntoma, por ejemplo, en el perfeccionismo obsesivo lo que debe cambiarse no es cometer errores sino la obsesión irracional por evitar cometer errores, si se le propone al paciente cometer errores dejará de preocuparse por la perfección, dejará de preocuparse por lo errores que pueda cometer.
- 8) Incluir una variación en la conducta usual, es decir, realizar una modificación en alguno de los parámetros de intensidad, duración, localización, circunstancias, secuencia, topografía, tiempo, etc., de forma que cada vez que se recomienda la ejecución de la conducta con alguna modificación se incrementa la probabilidad de un cambio posterior, por ejemplo la comisión de pequeños fallos en el caso obsesivo-compulsivo comentado anteriormente.
- 9) Reformular el problema en el lenguaje del cliente, que se realiza cuando se está prescribiendo el síntoma y describiendo las variaciones que el paciente debe llevar a cabo, es decir, se le pide esencialmente que haga lo que no quiere hacer pero de una forma comprensible y motivadora para la ejecución de las instrucciones.
- 10) Asegurar el acuerdo en seguir las instrucciones, si bien se realiza en cierto modo en los pasos anteriores, es aconsejable concluir cada sesión con un resumen de la actuación deseada y el convencimiento claro de que el paciente está de acuerdo en seguir las instrucciones; lo importante es que el paciente entienda las instrucciones, las acepte y realice un esfuerzo relativamente sincero para seguirlas con el objetivo de eliminar la respuesta de evitación.
- 11) Predecir una recaída especialmente en los casos de rápida progresión en la modificación de la conducta

problema, haciéndole comprender al paciente que la mejoría no supone un progreso lineal sino que puede haber adelantos, paradas y retrocesos en el proceso terapéutico, lo cual puede permitir al paciente establecer una comparación que permita valorar las diferencias entre su estado previo al inicio del tratamiento con su situación actual de progreso; durante la recaída también se puede valorar la capacidad de control que tiene el paciente sobre su sintomatología.

12) Desmitificar y/o retirarse, una vez conseguido el objetivo terapéutico se debe abandonar el proceso de tratamiento, explicar al paciente qué se ha realizado descubriéndole la técnica de intención paradójica siempre y cuando esto no conlleve una pérdida de la efectividad del tratamiento y por último permitirle al sujeto que pueda por sí mismo aplicar la técnica sin necesidad del terapeuta.

CONCLUSIONES

Como se pudo notar la definición del TOC tiene diferentes formas de expresarse de acuerdo a la perspectiva que cada uno de los teóricos tiene, sin embargo, todos coinciden en que el TOC tiene las mismas características aunque no todos piensan que su génesis sea la misma.

Lo que se buscó a través de esta revisión bibliográfica fue la de conocer como es el manejo del TOC dentro de la corriente conductual. Como se pudo ver, el punto más importante o eficiente, por decirlo de esa manera, es la estructura que se le brinda al paciente en cuanto a la duración del tratamiento, el trabajo sobre el síntoma que le está afectando, el conocer el lenguaje y las características del signo y por último buscar prevenir la manifestación para no reforzarla y que el paciente conozca como enfrentarla y entienda como superarla.

Los teóricos buscan resolver de manera rápida y sin dañar al paciente el trastorno que los aflige, sin embargo aunque esta limitante se ve superada y el efecto sobre el síntoma es resuelto, ninguna teoría explica como es que se lleva esa transformación ni tampoco mencionan si hay alguna contraindicación, es decir, si el síntoma es eliminado esto no significa que la persona deje de sufrir un trastorno obsesivo compulsivo y por otra parte la pregunta sería si el síntoma no es desplazado o se crea alguna otra forma de expresión que le provoque tener la misma ansiedad. Esto debido a que el tratamiento cubre únicamente el síntoma que se presenta en ese momento y no los síntomas que pueden surgir o que pueden estar disfrazados, por ejemplo las manifestaciones que la persona no reconoce o que no se da cuenta que le están afectando, una muestra serían las conductas egosintónicas.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguera, J. de (1991): Manual de Psiquiatría Infantil, 4ª Edc. Edt. Masson S.A. Barcelona, 1991.
- APA (1987): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R. Edt. Masson, S.A. Barcelona, 1987.
- Dorsch, F. (1991): Diccionario de Psicología. Edt. Herder, Barcelona, 1981.
- Freud, S. (1896): Las psiconeurosis de defensa: esencia y mecanismos de la neurosis obsesiva.
- Freud, S. (1923): Paranoia y Neurosis Obsesiva. Edt. Alianza. Madrid 1971.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1989): Compendio de psiquiatría, 2ª Edc. revisada, Edt. Salvat, Barcelona 1987.
- Marks, I. (1981b): Tratamiento de las neurosis, teoría y práctica de la psicoterapia conductual. Edt. Martínez Roca. Barcelona 1981.
- Mira, J.J. (1991): Neurosis obsesiva con tratamiento de exposición autoaplicada, en Cuadernos de Medicina

Psicosomática, 18:25–33, 1991.

–Polaino Lorente,A. (1995): Neurois, en Psicología Patológica, UNED, Vol.2, Madrid 1987.

–Polaino,A. y Maldonado,C.L. (1995): Alteraciones del pensamiento, en Polaino Lorente,A. Psicología Patológica, UNED, Vol.1, Madrid 1987.

–Sillamy,N, (1994): Diccionario de Psicología, Edt. Plaza y Janés, Barcelona 1974.

–The C.V.Mosby Co. (1989): Enciclopedia de Medicina y enfermería, Madrid.

–Vallejo–Nájera,J.A. (1991): Obsesiones y compulsiones. Guía práctica de Psicología, Edt. Temas de Hoy, Madrid, 1991.

–Wople,J. (1958): Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, 1958.