MANUEL ANTONIO RIVERA ACEVEDO, ED. D. CPL, NCC

PINCELADA HISTÓRICA

- Dominio de la naturaleza y fuerzas desconocidas.
- Supersticiones.
- Escrúpulos: scrupulus; piedra pequeña que se mete en el zapato y lastima el pie; detenerse en nimiedades. Representa inquietud de ánimo, duda y recelo que molesta la conciencia.
- Siglo XVIII: manifestaciones melancólicas religiosas; producían intensa angustia y actuaciones compulsivas.
- Siglo XIX: Jean Dominique Esquirol: primero en describir algo parecido; monomanía; un tipo de insania o locura.
- Siglo XX: Freud y Janet: lo separan de la neurastenia; psicastenia ("alma débil").

- ► Siglo XX:
 - ▶ 1908: Augusto Vidal Perera (España): Compendio de Psiquiatría Infantil.
 - ▶ 1935: Leo Kanner: fenómeno obsesivo en la infancia; implicación de los padres en los rituales.
 - Anna Freud: Diferencia los rituales normales de la infancia de los obsesiones y compulsiones.
 - ▶ Década del 1980: NIMH: estudio con poblaciones pediátricas.

- A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:
 - ▶ Las obsesiones se definen por:
 - 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante el trastorno como intrusas o no deseadas (vs inapropiadas – DSM-IV-TR), y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
 - 2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto realizando una compulsión.
 - ▶ La persona puede ser consciente de lo irracional del pensamiento pero en muchos casos no lo puede controlar. (Irracional ≠ ilógico).
 - ▶ Egodistónicas: Son ajenas al, o inconsistentes con, el sentido del self.
 - ▶ Se reifica el pensamiento y parece tomar vida propia. Las obsesiones y las conductas ritualistas para manejarlas pueden ir en aumento.
 - ▶ Pueden surgir de manera insidiosa (vergüenza, culpa, secretos, no entender).
 - ▶ No todas las obsesiones provocan ansiedad.
 - ▶ No se actúa impulsivamente (TDAH, TB), sino para buscar alivio.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

PENSAMIENTOS OBSESIVOS:

- Preocupación por alguna parte del cuerpo.
- Contaminación; temor a enfermarse.
 Facilidades universitarias.
- Temor a sufrir algún tipo de daño.
- Temor a que alguna persona significativa sufra algún tipo de daño.
- Preocupaciones por el orden y la simetría.
- Necesidad de decir, preguntar o confesar distintos temas.
- Obsesiones agresivas, sexuales y/o religiosas.
- Conductas mágicas o supersticiosas.
- Afán de perfeccionismo; deberización extrema.
- Exigencias morales: pensamiento = acción.
- ▶ Son sumamente drenantes.

- Se distinguen de las preocupaciones excesivas de la vida diaria que provocan ansiedad en que no parecen preocuparse con situaciones o eventos reales y no siempre provocan ansiedad.
- Imperfecciones.
- Importancia y responsabilidad exagerada de uno mismo.
- Afectan:
 - La autoestima (estigma).
 - Estado de ánimo.
 - Relaciones: Familia, pares.
 - Ejecutoria profesional (estudios universitarios).

- Las compulsiones se definen por:
 - 1. Comportamientos o actos mentales repetitivos –rituales- que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida (e innegociable). DEBE ser así, o de lo contrario... la persona SE SIENTE OBLIGADA actuarlas de acuerdo a reglas que debe seguir estrictamente.
 - 2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida (estrategias de control); sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. Se puede racionalizar todo el ritual o algunas de sus partes.
- Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales. Tampoco saben si son excesivas o irracionales.

Compulsiones:

- Lavado y limpieza (de sí mismo y/o de objetos): excesivo y ritualizado; puede provocar daño físico.
- Revisar y comprobar: uno mismo, otros, daño.
- Repetición interna o externa.
- Contar repetidamente; contar x cantidades o cifras; hacia adelante o hacia atrás...
- Ordenar o colocar; categorizar.
- Coleccionar.
- Acaparar: protección contra la incertidumbre o el azar.
- Conductas supersticiosas: tocar imágenes...

- B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

► ESPECIFICADORES:

- ▶ Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- ▶ Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

DSM - 5

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

- Trastornos relacionados:
 - ► Trastorno dismórfico-corporal (no trastornos alimentarios).

 - Tricotilomanía.
 - Trastorno de Excoriación.
 - ▶ Trastornos relacionados/inducidos por sustancias o medicamentos.
 - Trastornos relacionados a otra afección médica.
- Distinguir el TOC de Trastornos de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva: Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensa de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos.
- Posible comorbilidad: ansiedad, Trastorno Bipolar, Anorexia, Depresión.
- Poca evidencia de remisión espontánea.

- Origen de conductas ritualistas:
 - ▶ Porque en un momento tal vez funcionaron y parecen seguir funcionando (¿auto convencimiento?).
 - Porque proveen alivio, aunque sea temporero.
 - Porque proveen una aparente claridad ante la incertidumbre intolerable de la vida.
 - Porque ayudan a controlar un nerviosismo y ansiedad exagerados.
 - Porque parecen responder a la creencia de que se tiene un poder esencial prevenir o producir resultados (negativos o positivos).
 - Porque parecen ayudar a corregir las imperfecciones.
 - Pueden surgir como un esfuerzo para ignorar o suprimir el pensamiento o impulso obsesivo.
 - Pueden convertirse en pauta.

- Procesos etiológicos (Ezpeleta y Toro,2014).
 - 1. Factores de riesgo genéticos: estudios de familia; sistemas serotoninérgico, dopaminérgico, glutamatérgico.
 - 2. Factores ambientales: anomalías prenatales, perinatales y postnatales; adversidades psicosociales tempranas; estrés psicosocial.
 - 3. Factores inmunológicos: asociación a algunas enfermedades neurológicas; niños PANDAS (Diagnóstico aún no aceptado).
 - 4. Factores familiares: familia involucrada en rituales (aprendizaje).
 - 5. Alteraciones neuroquímicas: déficit de serotonina.
 - 6. Neuroanatomía: ¿localización anatómica? MRIs, PET Scans.
 - Neuropsicología: Funciones ejecutivas y aptitudes visoespaciales afectadas.
- ▶ El TOC es un trastorno neuropsiquiátrico producido por una alteración de diversos circuitos cerebrales en varias áreas del cerebro.

Medicamentos:

- SSRIs: Inhibidores de serotonina; aumentan los niveles de serotonina en el cerebro.
- ▶ Luvox, Prozac, Zoloft, Paxil, Lexapro, Effexor, Celexa.
- ▶ Tardan de 10 a 12 semanas en producir resultados.
- Ayudan a controlar la depresión.
- ▶ TODOS tienen efectos secundarios.
- Antidepresivos tricíclicos: En menor uso; efectos secundarios más fuertes. Anafranil.
- ¿Qué hacer cuando la obsesión (o miedo) es precisamente con no tomar pastillas?

- Enfoques terapéuticos: (ATENCIÓN A LA ETAPA DEL DESARROLLO).
 - ► Terapia conductista:
 - ▶ Identificar estímulos condicionantes nocivos que persisten debido a una respuesta cada vez mayor a los mismos.
 - Modificar el paradigma de aprendizaje: De evitación a confrontación.
 - Terapia de Exposición y Prevención de la Respuesta (Exposure and Response Prevention Therapy).
 - Modalidad de tratamiento preferida; trabaja más con la compulsión.
 - Exposición gradual, controlada y repetida, al detonante; visualización guiada.
 - Aumentar gradualmente el tiempo de la respuesta habitual.
 - Ampliar el repertorio de respuestas —— Sustituir respuestas.
 - ▶ Aclimatación (habituation): lo malo temido no va a pasar.

- Enfoques terapéuticos:
 - ► Terapia Cognitivo Conductual: (Cambios MAR).
 - 1. Identificar y diferenciar los pensamientos intrusivos (amenazas primarias).
 - 2. Identificar y diferenciar los avalúos (creencias, esquemas, evaluaciones).
 - 3. Transformar el modelo de avalúo. Educación sobre evaluaciones fallidas.
 - 4. Restructuración cognitiva: modificar creencias lo que podría pasar y no lo que va a pasar. Modificar pensamiento automáticos negativos.
 - 5. Modificar creencias de autorreferencia (importancia de uno mismo).
 - 6. Reducir la importancia hasta convertirlos en irrelevantes.
 - 7. Creatividad: identificar modos alternos de avalúo y respuesta.
 - 8. Experimentación (con ayuda y bajo supervisión).
- Instrumento diagnóstico: Florida Obsessive-Compulsive Inventory.

- Enfoques terapéuticos:
 - PNL y Mindfulness (Jeffrey Schwartz)
 - 1. Re-etiquetar (recategorizar): Esto no es real. Esto no es lógico.
 - 2. Reatribuir: No hay algo malo en mí. Tal vez se deba a conexiones en mi cerebro (No mente).
 - 3. Re-enfocar: Nuevo anclaje; conducta saludable.
 - 4. Reevaluar: Deconstrucción: No vale la pena ni el tiempo, ni el esfuerzo, ni el resultado.

LA AUSENCIA DE EVIDENCIA NO ES EVIDENCIA DE LO QUE NO PASÓ.

Posibles indicadores de TOC en estudiantes universitarios

- Preocupación extrema (# exagerada).
- Pensamientos negativos de eventos por ocurrir.
- Miedo a la diversidad.
- Preocupación con la apariencia personal.
- Listas de cosas por hacer.
- Tardanzas a clases debido a que no se sienten preparados.
- Tardanza por tener que repetir acciones antes de salir de casa.
- Tardanzas por tener que tomar una ruta específica.
- Estudio interrumpido por los rituales.
- Estudio comenzado una y otra vez.
- Sentimientos de deshonestidad para con el profesor por no saber el material.

- Necesidad continua de aprobación y validación del trabajo.
- Trabajos comenzados repetidamente.
- Aislamiento de los pares por miedo a ofenderlos debido a pensamientos inusuales so violentos.
- Aislamiento de los pares por vergüenza ante la conducta.
- Falta de grupos de apoyo.
- Rezar excesivamente.
- Rituales: terminar a la hora y segundo exactos.
- Pobre rendimiento académico.
- Relaciones de pareja afectadas.
- Evitación de actividades por miedo a que algo malo ocurra.
- Desorganización personal: higiene, dieta...

SUGERENCIAS PARA EL SALÓN DE CLASES

- Validar el miedo a lo desconocido.
- Tener claro que para una persona con TOC la universidad puede ser un ambiente hostil o amenazante:
 La universidad conlleva un tipo de estructura distinto a la escuela superior.
- Crear con el estudiante un ambiente seguro durante la clase en el que no se deberá sentir presionado por sus obsesiones o compulsiones.
- Estar disponible para escuchar al estudiante o saber a quién referirlo.
- ► El tiempo y medio no es un recurso útil con este tipo de estudiante ya que puede exacerbar su condición.

- Explorar con el estudiante otras opciones de evaluación. Registro. Punto de saturación.
- Animar y apoyar iniciativas de cuidado personal: ejercicios, relajación, técnicas de respiración, sana alimentación.
- Reconocer la diferencia entre requisitos del curso y desafíos personales (exacerbación del sentido de responsabilidad; los señalamientos del profesor no son ataques).
- Usar experiencias pasadas para anticipar el futuro; identificar detonantes; establecer estrategias de manejo.
- Tener una lista con personas que puedan ayudar en una situación especial.

Referencias:

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5° ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association (2007). APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: Autor.

Antony, Martin, & Swinson, Richard (2014). Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social:

Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo (David González Raga y Fernando Mora Zahonero, trad.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brower.

Degges-White, Suzanne, & Borzumato-Gainey, Christine. (Eds.). (2014). College student mental health counseling: A developmental approach. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Ezpeleta, Lourdes, & Toro, Josep (Coordinadores). (2014). Psicopatología del Desarrollo. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Grayson, Paul A., & Meilman, Philip W. (Eds.). (2006). College mental health practice. New York, NY: Routledge.
- Iarovici, Doris (2014). Mental health issues & the university student. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Leahy, Roberto (Ed). (2004). Contemporary Cognitive Therapy: Theory, research, and practice. NY: The Guilford Press.