

Transtorno Obsesivo - Compulsivo

2008-11-01 14:01:05

Características básicas del trastorno obsesivo-compulsivo

Uno de los criterios importantes para el diagnóstico del Trastorno obsesivo compulsivo es la presencia de obsesiones y compulsiones.

¿Qué entendemos por obsesión?

El DSM-IV-TR, define a las obsesiones como a un tipo de pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes e intrusos que causan ansiedad o malestar a la persona que los experimenta. La persona las intenta ignorar o neutralizar.

La persona, aunque reconoce que todo este tipo de pensamientos, imágenes o impulsos son producto de su mente, le resulta imposible apartarlos de su mente mientras un periodo prolongado de tiempo

Tipos de obsesiones más comunes

Los temas más comunes alrededor de los cuales giran las obsesiones serian los próximos: (J. Vallejo, 1998)

*** Contaminación: Miedo a contaminarse a partir de tocar objetos que previamente no han sido desinfectado, o por tener las manos o la casa sucia. Con lo que la persona empieza a lavar lo que cree que puede ser causa de contaminación de una forma excesiva.**

*** Dudas: La persona al salir de casa duda sobre si habrá apagado el fuego, cerrado la puerta...siente la necesidad de realizar muchas comprobaciones antes de dejar definitivamente el hogar.**

*** Somáticos: Temor excesivo a padecer una enfermedad, uno mismo o algún familiar.**

Necesidad de simetría: Dedicación excesiva a intentar conseguir la simetría entre los objetos que le rodean.

*** Agresivos: Temor ha poder herir a alguien.**

*** Sexuales: Intrusión repetitiva de pensamientos, imágenes o impulsos de carácter sexual.**

Religiosos: En este caso el contenido de la obsesión debe ver con que por ejemplo a una persona muy religiosa se le aparezcan por ejemplo imágenes de sacrilegios.

¿Que entendemos por compulsión?

Las compulsiones son comportamientos o actos mentales reiterativos que el individuo se siente obligado a realizar en respuesta a una obsesión con el fin de prevenir o reducir el malestar producido por la obsesión o con el fin de prevenir algún acontecimiento negativo. Por ejemplo una persona que cree que si antes de salir de casa no entra y sale cinco veces alguien de la familia va a tener un accidente muy grave.

Se trata de un tipo de pensamiento mágico en la medida en que se relaciona un tipo de comportamiento que no tiene ningún tipo de relación causal con que una persona de la familia tenga o no un accidente. En otras ocasiones aunque puede tener alguna relación resultan claramente excesivos, por ejemplo el de una persona que piensa que para no contaminarse debe lavarse las manos 3 veces después de tocar un objeto que este fuera del hogar.

¿Por qué se realizan las compulsiones?

Al realizar la compulsión, la persona se siente relajada mientras unos momentos, este bienestar que sigue a la compulsión es el que hará aumentar en sucesivas ocasiones la probabilidad de que se produzcan más compulsiones debido a que les permiten liberarse, aunque sea momentáneamente del malestar generado por la obsesión.

En los casos más graves, la persona despliega unos patrones de compulsiones que llegan a ser gravemente invalidantes, debido a que el tiempo para realizar la actividad más sencilla de la vida cotidiana como puede ser salir de casa o irse a la cama, es acompañado de una serie de rituales que pueden realizar que se precise de una enorme cantidad de tiempo antes de poder realizarlas.

Frecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo

Estudios epidemiológicos sitúan la prevalencia global del trastorno en un 2.5% de la población global. La incidencia es parecido en mujeres y hombres.

¿Cuál resulta el tratamiento más efectivo?

El tratamiento que se ha mostrado hoy por hoy más efectivo, resulta de la combinación del tratamiento farmacológico con la terapia conductual-cognitiva.

El tratamiento farmacológico, explica sólo el 65% de las mejoras y las curaciones totales son excepcionales. Se obtienen mejores resultados, en el momento que se combina el tratamiento farmacológico con el tratamiento psicológico, concretamente, con la exposición graduada en vivo y la prevención de respuesta (Marks, 1981; Emmelkamp, 1982).