



Mi Universidad

Resumen

Llenifer Yaquelin García Díaz

Resumen sobre “Trastorno obsesivo-compulsivo”

Primer parcial

Psiquiatría

Dr. Cristián Jonathan Aguilar Ocampo

Medicina Humana

5-º Semestre

12 de septiembre del 2023

Introducción

En este presente documento nos menciona los puntos mas importantes relacionados a el trastorno obsesivo-compulsivo, que para una mejor comprensión de este tema tan frecuente se ha tomado en cuenta las características principales de este padecimiento, asi como tambien las tasas que se encuentran en la población, dentro de las causas se encuentra una clasificación donde nos menciona lo mas breve y entendible a toda la población.

En el trastorno obsesivo-compulsivo se relaciona con el trastorno de la personalidad por lo que dentro del cuadro clinico es fundamental poder identificar la sintomatología, ya que muchas veces puede llegar a confundirse con trastornos ansiosos o depresivos, inducidos por sustancias debido a que las personas que lo padecen son muy vulnerables a cualquier situación que influya en su bienestar, ademas se ha tomado en cuenta que los pacientes con TOC no acuden al médico debido a que ellos no perciben algo malo, si no que los sintomas los comienzan a percibir mucho tiempo despues cuando este trastorno ah evolucionado de manera considerable, es por ello que se hablara de los posibles momentos donde se podrá tener una buena comunicación y como poder sobrellevar este padecimiento sin afectar su entorno.

Además este padecimiento se basa en patrones de identificación, los factores biologicos, psicosociales que con los estudios que Sigmund Freud puso en practica pudo establecer las principales bases para la identificación de este trastorno.

Justificación

Se tomo en cuenta este tema debido a que es un padecimiento que implica mucha atención psiquiatrica debido a su relacion con las obsesiones ya que son pensamientos repetitivos que causan un daño severo a su bienestar, principalmente a las actividades diarias y laborales, asi como tambien las relaciones interpersonales de su entorno.

Además, las personas que tienen este trastorno pueden llegar a presentar múltiples problemas a lo largo de su vida.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Este trastorno se caracteriza por la existencia de pensamientos o imágenes repetidos que se consideran intrusivos y resultan inoportunos (obsesiones), comportamientos repetitivos que la persona se siente obligada a realizar (compulsiones) o ambos. Estas obsesiones o compulsiones recurrentes causan una angustia grave al individuo: son laboriosas e interfieren significativamente con la rutina normal, la función laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones. Una obsesión es un pensamiento, un sentimiento, una idea o una sensación recurrentes e intrusivos. una compulsión es una conducta consciente, estandarizada y recurrente, como contar, verificar o evitar. Un paciente con TOC es consciente de la irracionalidad de la obsesión y experimenta la obsesión y la compulsión como egodistónicas. Aunque el acto compulsivo puede realizarse en un intento de reducir la ansiedad asociada a la obsesión, no siempre se consigue. El hecho de completar el acto compulsivo puede no influir sobre la ansiedad, e incluso puede aumentarla.

Epidemiología

Las tasas de TOC son bastante consistentes, con una estimación de la prevalencia a lo largo de la vida en la población general del 2% al 3%. En adultos, la probabilidad de afectación en varones y mujeres es la misma, mientras que, en adolescentes la frecuencia en chicos es superior a la de las chicas. Globalmente, en casi dos terceras partes de los individuos afectados los síntomas se inician antes de los 25 años, y en menos del 15% comienzan después de los 35. El trastorno puede iniciarse en la adolescencia o la infancia y en algunos casos ya a los 2 años.

Comorbilidad

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de depresión mayor en individuos con TOC es aproximadamente del 67%, y la de fobia social, de alrededor del 25%. Otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos frecuentes en pacientes con TOC son los relacionados con el consumo de alcohol, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, el trastorno de pánico, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad.

Etiología

Factores biológicos: *Neurotransmisores*

SISTEMA SEROTONINÉRGICO. Los diversos estudios clínicos con fármacos respaldan la hipótesis de la desregulación de la serotonina en la aparición de síntomas de obsesiones y compulsiones en el trastorno. Los datos muestran que los serotoninérgicos son más efectivos que los fármacos que actúan sobre otros sistemas de neurotransmisores, aunque no está claro que la serotonina esté implicada en la causalidad del TOC.

SISTEMA NORADRENÉRGICO. Las descripciones anecdóticas demuestran cierta mejoría de los síntomas con clonidina por vía oral, un fármaco que reduce la cantidad de noradrenalina liberada por las terminaciones nerviosas presinápticas.

NEUROINMUNOLOGÍA: La infección por estreptococos β -hemolíticos del grupo A puede provocar fiebre reumática, y aproximadamente del 10% al 30% de los pacientes desarrollan corea de Sydenham y presentan síntomas obsesivo-compulsivos.

Estudios de neuroimagen: Los estudios de neuroimagen en pacientes con TOC han generado datos convergentes que implican una alteración de la función de los neurocircuitos entre la corteza orbitofrontal, el caudado y el tálamo. La afectación de estas áreas en el TOC parece más asociada a las vías corticoestriadas que a las amígdalas, que son actualmente el centro de gran parte de las investigaciones sobre el trastorno de ansiedad.

Genética: Los datos genéticos disponibles sobre el TOC respaldan la hipótesis que postula que el trastorno tiene un componente genético significativo. La probabilidad de presentar un TOC en los familiares de probandos con TOC es de tres a cinco veces superior en comparación con las familias de probandos de control. Algunos estudios también demuestran elevaciones de las tasas de diversas enfermedades en familiares de probandos con TOC, como el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos de tics, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría o trastorno de síntomas somáticos, los trastornos de la conducta alimentaria y hábitos como la onicofagia.

Factores conductuales

las obsesiones son estímulos condicionados. Un estímulo relativamente neutro se asocia al miedo o a la ansiedad mediante un proceso de condicionamiento de la respuesta al emparejarse con acontecimientos que son nocivos o producen ansiedad. Las compulsiones

se establecen de manera diferente. Cuando un individuo descubre que cierta acción reduce la ansiedad vinculada con un pensamiento obsesivo, desarrolla estrategias activas de evitación en forma de compulsiones o conductas rituales para controlarla.

Factores psicosociales

Factores de personalidad: El TOC difiere del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, que se asocia con una preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo y otros rasgos similares de la personalidad. Solo del 15% al 35% de los pacientes con TOC presentan rasgos obsesivos premórbidos.

Factores psicodinámicos: La introspección psicodinámica puede ser muy útil para comprender los problemas del cumplimiento terapéutico, las dificultades interpersonales y los problemas de personalidad que acompañan al trastorno. Las investigaciones indican que el TOC puede estar precipitado por diversos factores estresantes ambientales, en especial los relacionados con la gestación, el nacimiento o el cuidado de los hijos.

SIGMUND FREUD: En la teoría psicoanalítica clásica, el TOC se denominó neurosis obsesivo-compulsiva y se consideraba una regresión de la fase edípica a la fase psicosexual anal del desarrollo. La ambivalencia se conecta con el hecho de desentrañar la fusión entre las pulsiones sexual y agresiva características de la fase edípica. La coexistencia de odio y amor hacia un mismo individuo deja a los pacientes paralizados por la duda y la indecisión. Una de las características llamativas de los pacientes con TOC es el grado en que les preocupa la agresividad o la limpieza, bien abiertamente en el contenido de sus síntomas o bien en las asociaciones subyacentes. La ambivalencia es una característica importante de los niños normales durante la fase sádico-anal del desarrollo; los niños sienten amor y odio asesino hacia un mismo objeto, a veces simultáneamente. Los pacientes con TOC experimentan a menudo de manera consciente amor y odio hacia un objeto. En el pensamiento mágico, la regresión descubre las modalidades primitivas de pensamiento en lugar de los impulsos; es decir, las funciones del yo, así como las del ello, están afectadas por la regresión. La omnipotencia del pensamiento es inherente al pensamiento mágico.

Diagnóstico y cuadro clínico

Los pacientes con introspección buena o aceptable reconocen que sus creencias del TOC son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no; los pacientes con poca introspección piensan que las creencias son probablemente ciertas, y aquellos con

ausencia de introspección están completamente convencidos de que sus creencias del TOC son ciertas. Es probable que estos pacientes tengan pensamientos repetitivos de un acto sexual o agresivo que es reprobable para ellos. En aras de la claridad, es mejor conceptualizar las obsesiones como pensamientos y las compulsiones como conductas. Las obsesiones y las compulsiones son las características esenciales del TOC. La obsesión o la compulsión son ajenas al yo, es decir, se experimentan como extrañas a la experiencia del individuo en sí mismo como ser psicológico. Sin importar cuán vívidas y convincentes sean, el individuo las reconoce habitualmente como absurdas e irracionales.

Patrones sintomáticos: Los síntomas de un paciente concreto pueden solaparse y cambiar con el tiempo, aunque el TOC muestra cuatro patrones sintomáticos principales.

Contaminación. El patrón más frecuente es la obsesión de contaminación, seguida por el lavado o acompañada por la evitación compulsiva de objetos presuntamente contaminados. El objeto temido suele ser difícil de evitar. Aunque la ansiedad es la respuesta emocional más frecuente al objeto temido, la vergüenza y la repugnancia obsesivas son también habituales.

Duda patológica. El segundo patrón más frecuente es la obsesión de la duda, seguida por la compulsión de comprobación. La obsesión suele implicar cierto peligro de violencia. Los pacientes tienen una duda obsesiva y siempre se sienten culpables por haber olvidado o haber hecho algo.

Pensamientos intrusivos. En el tercer patrón más habitual, se observan pensamientos obsesivos intrusivos sin una compulsión. Dichas obsesiones son por lo general pensamientos repetitivos de un acto sexual o agresivo que es reprobable para el paciente. La ideación suicida también puede ser obsesiva; siempre debe realizarse una evaluación cuidadosa del riesgo real de suicidio.

Simetría. El cuarto patrón en frecuencia es la necesidad de simetría o precisión, que puede inducir a la compulsión de lentitud. Los pacientes pueden tardar literalmente horas en comer o afeitarse.

Otros patrones sintomáticos. Las obsesiones religiosas y el acaparamiento compulsivo son frecuentes en los pacientes con TOC. La tricotilomanía y la onicofagia pueden ser compulsiones relacionadas con el TOC, lo mismo que la masturbación.

Exploración del estado mental

En las exploraciones del estado mental, los pacientes con TOC pueden mostrar síntomas de trastornos depresivos. Dichos síntomas están presentes aproximadamente en el 50% de los pacientes. Algunos presentan rasgos de carácter que indican este trastorno de la personalidad, aunque la mayoría no los presentan.

Diagnostico diferencial

Afecciones orgánicas: La actual conceptualización del TOC como un trastorno de los ganglios basales deriva de la similitud fenomenológica entre el TOC idiopático y los trastornos similares asociados a las enfermedades de los ganglios basales, como los coreas de Sydenham y de Huntington.

Trastorno de la Tourette: El TOC está estrechamente relacionado con el trastorno la Tourette y a menudo coexisten ambas enfermedades, tanto en un mismo individuo a la vez como en el seno de una sola familia. El síndrome de la Tourette se asocia a un patrón de tics vocales y motores recurrentes que solo guardan una ligera semejanza con el TOC.

Evolución y pronostico:

Se inician aproximadamente en el 50% al 70% de los pacientes tras un acontecimiento estresante, como una gestación, un problema sexual o la muerte de un familiar. La evolución suele ser larga, aunque variable; algunos pacientes experimentan una de carácter fluctuante y otros, constante. Un mal pronóstico se asocia a la cesión a las compulsiones, el inicio durante la infancia, compulsiones extravagantes, la necesidad de hospitalización, un trastorno de depresión mayor coexistente, creencias delirantes, ideas sobrevaloradas y presencia de un trastorno de la personalidad. Un buen pronóstico se asocia con una buena adaptación social y laboral, la presencia de un acontecimiento precipitante y la naturaleza episódica de los síntomas.

Tratamiento

Dado que los síntomas parecen ser sumamente resistentes a la psicoterapia psicodinámica y al psicoanálisis, se han popularizado los tratamientos farmacológicos y conductuales. Los estudios bien controlados han demostrado que el tratamiento farmacológico, la terapia

conductual o una combinación de ambos son efectivos para reducir significativamente los síntomas de los pacientes con TOC.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos, algunos de los cuales se emplean en el tratamiento de los trastornos depresivos u otros trastornos mentales, pueden administrarse en los intervalos posológicos habituales. Los efectos iniciales generalmente se observan tras 4 a 6 semanas de tratamiento, aunque suelen requerirse de 8 a 16 semanas para obtener el beneficio terapéutico máximo.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Todos los ISRS comercializados en Estados Unidos (la fluoxetina, la fluvoxamina, la paroxetina, la sertralina y el citalopram) han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento del TOC.

Clomipramina. De todos los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, la clomipramina es la más selectiva para la recaptación de serotonina frente a la recaptación de noradrenalina, y solo la superan, en este aspecto, los ISRS. La potencia de la recaptación de la serotonina por la clomipramina únicamente la superan la sertralina y la paroxetina.

Conclusión

Como vimos el trastorno obsesivo-compulsivo debe tener una atención especializada debido a el posible riesgo que enfrente la persona que lo padece y los que la rodean ya que pueden sufrir episodios obsesivos en cualquier momento y situación en la que se encuentren, además es importante poner en practica el diagnostico diferencial principalmente por que este trastorno suele confundirse con el trastorno de personalidad y el trastorno de la tourett debido a una relación con la sintomatología del TOC, es por ello que las personas con estos trastornos requieren de psicoterapias, así como también de tratamientos farmacológicos y múltiples valoraciones para que las personas se puedan hallar en un entorno donde no se sientan con la necesidad compulsiva de mantener conductas negativas e incluso peligrosas en sus actividades diarias y sus relaciones interpersonales.

Bibliografía

Psiquiatría/Kaplan_&_Sadock_Sinopsis_de_psiquiatría,_edición_II_Benjamin_J_Sadock.pdf, |
Trastorno obsesivo-compulsivo pag.918-934.