

Desde un trastorno obsesivo compulsivo, más conocido como TOC, hasta un pensamiento recurrente que nos quita el sueño, te contamos cómo luchar contra ellos, cómo desterrarlos de nuestra mente.

Por Micaela Georges

TOC, TOC, TOC. Suena por todos lados, parece estar de moda. TOC, TOC, TOC. Oímos de conocidos de conocidos que lo padecen, vimos a algunos famosos personajes del cine y la televisión atravesar sus síntomas. TOC, TOC, TOC. Sabemos que está vinculado a los pensamientos recurrentes, esos no que nos dejan en paz y nos hacen actuar de formas extrañas e impensadas... pero, ¿realmente sabemos de qué se trata el Trastorno Obsesivo Compulsivo?

Para empezar, y según explica la Lic. Gisela Holc, del Centro de estudios del estrés y la ansiedad Hémera, debemos saber que es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por presentar obsesiones y compulsiones. Las obsesiones suelen estar basadas en miedos y las compulsiones son intentos de neutralizarlos o controlarlos.

El médico especialista en psiquiatría Matías Bonanni, Magíster en Psiconeurofarmacología y director del Instituto de Neurociencias Aplicadas a la Clínica (INAC), coincide con esta definición: “El propio nombre de este trastorno define sus componentes más relevantes, que podemos dividir en dos planos: las obsesiones, que hacen referencia a las ideas, y un segundo plano que son las compulsiones, que son acciones”.

–¿Qué son las obsesiones? Pueden presentarse en forma de ideas, impulsos o imágenes mentales, hasta pueden ser sonidos, ruidos que se imponen recurrentemente y tenemos sin querer y sin poder evitar. Estas, además, producen mucha ansiedad ya que suelen ser desagradables. Los pacientes suelen tener la convicción de que por el solo hecho de pensar que una situación pudiera ocurrir, va a ocurrir. A este modo lo llamamos “pensamiento mágico” y suele acompañar a las obsesiones.

–¿En que consisten los rituales o compulsiones? Se definen como comportamientos repetitivos que pueden ser tanto motores (como

por ejemplo lavarse las manos, ordenar cosas, chequear otras), o acciones mentales (como contar, repetir palabras, rezar) que nos sentimos necesitados de hacer en respuesta a una obsesión, o según reglas aplicadas rígidamente. Estos comportamientos tienen como objetivo reducir la ansiedad o evitar que algo malo suceda. Si bien pareciera calmar la ansiedad, es fugaz, transitoria, y frustrante porque no logra el dominio de la situación ni resuelve el conflicto.

En general, amplía el Dr. Bonanni, estas ideas se basan en que algo terrible va a pasar, a quien la padece o a alguien de su entorno, y se acompañan de la sensación de responsabilidad por esa catástrofe inminente. En su lógica, el paciente sabe que esto no tiene sentido, pero existe una disociación entre la lógica y la emoción.

Pero, ¿qué causa este malestar? Holc asegura que se han encontrado causas neurobiológicas que determinan la aparición de dicho trastorno: hay estudios genéticos que indican que tienen relación con algunos trastornos, como el trastorno de Tourette (tics motores y vocales). Sin embargo, hay otros factores que desencadenan este síndrome, ya que la condición biológica es necesaria pero no suficiente para que se active.

Por su parte, Bonanni plantea que “el TOC es una enfermedad del cerebro, que tiene un componente hereditario, aproximadamente se da en un 25% de familiares con la enfermedad, pero no necesariamente es manifiesto de padres a hijos en forma lineal”. Hay áreas del cerebro que se sabe que son disfuncionales en el trastorno, como son los lóbulos prefrontales (en su corteza orbitofrontal y cíngulo) o los ganglios de la base (núcleo caudado). También se relaciona a déficits de un neurotransmisor llamado serotonina, que es una sustancia del cerebro que cumple diferentes funciones y que disminuye en el estrés y la depresión.

Quién, cómo, cuándo

Este trastorno del comportamiento aparece indistintamente en los dos sexos, aunque en general en los hombres se evidencia en edades más tempranas y en las mujeres es más frecuente que se relacione a una situación puntual de estrés.

Respecto de la edad, “puede surgir desde los 3 años; de hecho, la mitad de los pacientes con TOC tienen sus primeros síntomas antes de los 15 años, y alrededor del 65% de los casos se manifiestan antes de los 25. Esto no quita la posibilidad de que aparezca a lo largo de toda la vida, aunque después de los 45 años

es menos frecuente su inicio”, explica Bonanni.

Si bien no tiene un patrón estacional, su evolución es crónica con períodos de incremento de síntomas y períodos donde puede haber una remisión completa. En un porcentaje menor (5%) los síntomas desaparecen por completo y no se presentan nuevamente, pero la norma es que la enfermedad se curse toda la vida con un período de mayor sintomatología entre los 30 y 40 años.

Es cierto que a veces hay personas que tienen síntomas TOC aislados, por ejemplo, únicamente necesitan poner el volumen del televisor en un número par, pero estos síntomas aislados, denominados por los expertos como TOCs subclínicos, no tienen un nivel de condicionamiento de la conducta que limite la vida diaria o nos genere dificultades en el desarrollo de proyectos y relaciones. Si bien el síntoma existe, no se lo considera un trastorno a tratar, siempre y cuando no genere limitación. De hecho, algunos autores consideran que los TOCs subclínicos aparecen en un 17 a 20% de la población general.

Pero, en los casos más extremos, cuando la acción que llevamos adelante para calmar la ansiedad que el pensamiento obsesivo nos genera no alcanza, hay que repetirla tantas veces como sea necesario buscando esa tranquilidad. “A veces incluso es un número de veces específica –73 veces–; o es haciéndolo de una forma adecuada, con la mano izquierda y el pulgar apuntando hacia abajo”, especifica Bonanni.

Esta necesidad de volver y realizar el ritual es imperiosa, no se puede combatir ni modificar: si no se realizara, la ansiedad nos invadiría de tal manera que nos inhabilitaría para realizar cualquier actividad.

El rol del entorno

Las familias donde hay un paciente TOC, explica la Lic. Holc, “suelen ser sumamente exigentes, con altas expectativas de rendimiento y baja tolerancia al error, acompañados por reiteradas críticas sobre el desenvolvimiento general del niño o bien sobre un área específica. Junto con esto, se observan reglas, costumbres y normas sumamente estrictas de cumplimiento que generan tensión”. La sobreprotección, la necesidad de control y un alto voltaje ansioso son características que suelen repetirse en estas familias.

Y, como explica el Dr. Bonanni, las ideas, la ansiedad y las acciones

no son lo único que presentan estas personas. El entorno –y su relación con él– se vuelve central en esta patología. “Su forma de pensar en general, su manera de percibir el contexto, su forma de relacionarse y su conducta están teñidas, en mayor o menor medida, de características específicas. Son meticulosos, rígidos en su pensamiento, tienden a ver las cosas blancas o negras”.

Esta predisposición social suele volver a los sujetos que padecen TOC de un modo muy específico y reconocible: son procrastinadores, que es el posponer las cosas, dejarlas para después; presentan inercia, les cuesta cambiar de un estado a otro o de una situación a otra, sin malestar, porque les pesan los cambios; son hiper moralistas, lo que hace que transmitan una sensación de intolerancia, incomprensión y hasta a veces falta de empatía hacia otros, lo que dificulta sus relaciones en gran medida; tienen responsabilidad exagerada y son muy exigentes con quienes los rodean; tienden a la irritabilidad; a veces son meticulosos en sus explicaciones y les cuesta discriminar lo importante de los detalles sin importancia.

Por todas estas características, son personas difíciles para relacionarse, que suelen ser muy criticadas y apartadas en sus núcleos familiares. El problema es que es un doble dilema porque, por un lado, parte de lo que les sucede está ligado a su crianza, a cómo fueron educados y tratados desde chicos y, por el otro, les es muy difícil recomponer esos vínculos por culpa de las compulsiones que los invaden.

Mal de muchos...

Vale aclarar que no es un problema tan extraño y ajeno, sino más frecuente de lo que pensamos: “El TOC afecta a uno de cada 200 jóvenes y suele tener un alto impacto sobre su funcionamiento general, afectando áreas de rendimiento escolar, social, deportivo, etc. La mayoría de los niños y adolescentes lo sufren en silencio hasta que sus padres, maestros o amigos se dan cuenta”, explica la Lic. Holc, de Hemera.

En esta misma línea, Bonanni argumenta que el TOC aqueja a la población general con una prevalencia del 2,5% a lo largo de la vida. “Esta estadística se basa en la detección de los casos en un estudio realizado al iniciar la década de los ´80, que modificó el concepto de un cuadro que hasta ese momento se consideraba ´poco frecuente´, y si bien, esta prevalencia fue confirmada por otros estudios posteriores, son datos de personas que han informado sobre los síntomas. Esto significa que potencialmente este número sea mayor por la cantidad de personas que no

informan, minimizan o desconocen la sintomatología”.

Y agrega: “Hasta la realización de este estudio epidemiológico, llamado ECA, se pensaba que la prevalencia era del 0,05%, y este hallazgo estadístico evidenció que la población general no tenía conocimiento sobre la enfermedad, los profesionales no indagaban sobre la misma y lo más importante es que se tomó conciencia de que los pacientes mantienen sus síntomas ocultos y que la vergüenza que les produce tenerlos hace que no consulten”. Es por eso que el Dr. J.A. Yaryura Tobías (uno de los investigadores más productivos en TOC) la llamó la “epidemia oculta”.

Nada de qué avergonzarse

Como vemos, esta “epidemia oculta” hace que la persona que la sufre TOC sienta vergüenza de sí misma por lo insignificante de un pensamiento a una acción (como acomodar las pantuflas de una manera determinada para poder dormir) o por lo atormentador del síntoma (ideas de herir, sexuales, bizarras). Dice Bonanni que, en un polo o en el otro, “han sufrido la burla o la descalificación de su entorno, esto hace que intenten por todos los medios mantener sus síntomas de la manera más secreta posible. Claro que, dependiendo de la gravedad de éstos y del nivel de condicionamiento y limitación que produzca, el entorno íntimo del paciente con TOC no es ajeno a la enfermedad, incluso hasta es víctima de la misma”.

La Lic. Holc coincide en este aspecto: “Suelen llevarlo guardado como un problema secreto, del que no se habla o se hace con vergüenza. Esto genera dificultad en la detección temprana del trastorno y la posibilidad de intervenir rápidamente, pues cuanto antes se intervenga más fácilmente se resolverá, contrariamente cuantos mas años lleve instalado el trastorno más difícil se hará su remisión”.

De este modo, la vergüenza es uno de los factores en los que hay que hacer más énfasis, porque es lo que imposibilita a la persona a acceder a un tratamiento que puede mejorarle la calidad de vida de forma significativa. Junto con el desconocimiento, es lo que hace que los pacientes tarden en consultar y acceder a un tratamiento en un promedio 10 años. Por eso, vale la insistencia: no hay nada de qué avergonzarse, ya que esta es una dificultad en la salud tan entendible como cualquier otra.

El tratamiento

¿Cómo se puede ayudar a quienes padecen estas dificultades? ¿El TOC se cura? La buena noticia es que hay mucho por hacer para

sentirnos mejor. Según explica la Lic. Gisela Holc, “el tratamiento indicado es de psicoterapia de tipo cognitivo conductual, donde muchas veces se evalúa con un médico psiquiatra la posibilidad de medicar por un tiempo con el objetivo de reducir los síntomas”.

Esta psicoterapia deberá enfocarse en diferentes aspectos:

- La psicoeducación del paciente y su familia. Esto quiere decir brindarles toda la información necesaria sobre el trastorno, cómo evoluciona, cómo se trata, etc. Contar con información adecuada nos tranquiliza.

- Diferenciar a la persona del trastorno. Quien padece un TOC, no es un TOC. Tiene algo o le pasa algo que se llama así. La clave está en no reducir a la persona al síntoma, ya que es mucho más que lo que le sucede. Por eso, necesita estar acompañado, ser contenido y entendido, sin críticas, culpas ni cargas.

- La identificación de los rituales. Como quien padece este trastorno suele estar muy angustiado o asustado por lo que le pasa, es muy frecuente que el entorno intente ayudarlo a calmar su ansiedad y por eso muchas veces quienes lo rodean se conviertan en colaboradores de sus rituales y sean parte de ellos. En tal caso, será tarea del psicólogo y de la familia realizar un trabajo de identificación de los rituales y de quiénes están involucrados para poder cortar con el circuito que alimenta al síntoma.

- Reconocer y anticipar los pensamientos involuntarios. En el tratamiento y con la ayuda de técnicas especialmente diseñadas para tal fin, el paciente aprenderá a reconocer y anticipar sus obsesiones, aquellas que le generan miedos y ansiedad, y se le enseñará, poco a poco, a interpretar adecuadamente los estímulos o experiencias de la realidad, así como la posibilidad de crear recursos internos que le brinden mayor seguridad para evitar los mecanismos compulsivos.

Desde el plano psiquiátrico, apunta el Dr. Bonanni, “en el generalmente se utilizan drogas llamadas Inhibidores de Recaptación de Serotonina (IRSS) como la fluoxetina, citalopram, paroxetina, escitalopram, sertralina y clorimipramina. Hay un 50% de los casos que no tienen respuesta al uso de medicación, lo que lleva a la asociación con otros medicamentos como los llamados neurolépticos, estabilizantes del ánimo y benzodiazepinas. La respuesta con la medicación no se da de forma inmediata, generalmente hay que esperar meses para que se alcancen diferencias significativas en la sintomatología”.

En consecuencia, según el especialista, la mejor respuesta se logra asociando el esquema farmacológico a la terapia cognitivo conductual: combinar ambas partes, en pro del bienestar del paciente. Lo que se buscará, en todos los casos, es disminuir la frecuencia, la duración y la intensidad de las obsesiones y las compulsiones, mejorando la capacidad adaptativa y la funcionalidad del individuo.

Aunque la mayor parte de las veces no se logra la desaparición completa de los síntomas, el reducir el tiempo y el malestar que estos producen es un logro significativo y que justifica enormemente la realización de un tratamiento, que será sin dudas a largo plazo.

Salí adelante

Para resumir, la Lic. Hol aconseja: “Los pacientes con esta problemática suelen sufrir bastante, y lo hacen en silencio. Es importante realizar un diagnóstico precoz para ayudar al niño a reducir su angustia. Para ello, el diagnóstico debe ser escalonado y el tratamiento, focalizado y basado en las nuevas metodologías. La experiencia con nuestros pacientes nos permite comprender y empatizar con la urgencia y la angustia que acompañan al trastorno y somos sumamente esperanzadores en la posibilidad de recuperación, justamente, basándonos en la experiencia transitada conjuntamente, ya que trabajamos con nuestros pacientes formando un equipo de trabajo donde ambos estamos del mismo lado, juntos”.

Bonanni coincide y concluye: “Es una enfermedad que amerita ser tratada por la posibilidad de recuperación de la funcionalidad de la persona. El primer paso y el más importante es vencer la vergüenza y consultar”.

Asesoramiento:

–Lic. Gisela Holc, del Centro de estudios del estrés y la ansiedad Hémera: www.hemera.com.ar.

–Dr. Matías Bonanni, especialista en Psiquiatría, director del Instituto de Neurociencias Aplicadas a la Clínica (INAC): www.inac.org.ar