



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**"EL IMPACTO SOCIAL, FAMILIAR Y DE PAREJA DEL
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO"**

TRABAJO RECEPCIONAL

SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA
EN TRABAJO SOCIAL QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:
DANIEL ROSAS RAMÍREZ

**DIRECTORA DEL TRABAJO RECEPCIONAL:
LIC. MARÍA DE LA LUZ ESLAVA LAGUNA.**



México, D. F.

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	3
I. Personalidad Obsesiva-Compulsiva	
1.1 Definiciones de Personalidad.	7
1.2 Personalidad Obsesiva-Compulsiva	8
II. Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)	12
III. Factores Condicionantes del TOC	
3.1 Teoría de la Química Cerebral	14
3.2 Imágenes Cerebrales en el TOC	14
3.3 Pruebas Neuropsicológicas	15
3.4 Factores Neurofisiológicos	15
3.5 Factores Inmunológicos	16
3.6 Herencia Familiar del TOC	17
3.7 Entorno Social	18
IV. Relación con otros Trastornos de la Personalidad	
4.1 Narcisismo	19
4.2 Depresión	19
4.3 Síndrome de Gilles de Tourette	19
4.4 Tricotilomanía	20
4.5 Cleptomanía	20
4.6 Trastorno de Ansiedad Generalizada	21
4.7 Agorafobia	21
4.8 Fobia Social	22
4.9 Trastorno de Pánico	22
4.10 Trastorno Dismórfico Corporal	23

4.11 Trastorno Bipolar	23
4.12 Hipocondría	24
4.13 Trastorno Paranoide	24
4.14 Trastornos de la Alimentación o Disorexias	25
4.15 Desordenes por Abuso de Sustancias	25
V. Impacto Social, Familiar y de Pareja del Trastorno Obsesivo-Compulsivo	
5.1 Impacto Social	28
5.2 Impacto Familiar.	31
5.3 Impacto de Pareja.	35
VI. Alternativas de Trabajo Social	38
Conclusiones.	41
Bibliografía	44
Anexos	50

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es resultado del Seminario de Actualización Teórico- Metodológica en Trabajo Social Fase XXIII, para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social. Durante la asignatura de Investigación Social surgió la inquietud por investigar acerca del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), aunado a haber tomado con anterioridad un curso de capacitación como “*consejero telefónico*” en el Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL); en donde me llamó la atención la salud mental y en particular el TOC por el impacto que tiene éste en la familia, en la pareja y por consiguiente en la sociedad.

El objetivo de este ensayo es tener una visión del TOC, desde una perspectiva integral, tomando en cuenta al individuo como un ser bio-psico-social, para lo cual ningún aspecto tiene más prioridad que otro, sino que cada uno es complementario y diverso, ya que cada uno tiene que ver con la personalidad, el comportamiento humano y la posibilidad de desarrollar un trastorno como es el TOC.

Este trabajo pretende dar una mirada desde la concepción de la Personalidad Obsesiva-Compulsiva, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, los factores condicionantes que pueden ser favorables para desarrollarlo y su relación con otros trastornos de la personalidad, repercutiendo en el impacto social, familiar y de pareja. Por lo que se pretenden dar alternativas y propuestas desde Trabajo Social; ya que su campo de acción profesional es amplio y diverso en áreas que requieren de estrategias y respuestas específicas en ámbitos como la educación, la vivienda, la alimentación, la seguridad pública, los derechos humanos, la infraestructura urbana, la ecología, la

situación laboral, así como la salud¹ y la salud mental². Asimismo dispone de diferentes modos de intervención; los cuales pueden dirigirse a individuos, grupos, la comunidad, la región o bien realizar un trabajo en las instituciones.

El Trabajo Social como disciplina de las ciencias sociales cuenta con los elementos necesarios para interpretar y comprender desde una perspectiva integral y multidisciplinaria la problemática social a fin de intervenir en los procesos orientados a la satisfacción de las necesidades y a la realización del hombre en un plano de dignidad humana.

Trabajo Social, como disciplina está habilitada y por tanto, es abierta y flexible para conocer multidisciplinariamente y contribuir en alternativas a un problema de salud mental como lo es el (TOC), que no es ajeno a la profesión; sin embargo, ha sido poco explorado, habiendo casi nula literatura acerca del tema desde la perspectiva del Trabajo Social, del mismo modo hay muy poca formación en el campo de la salud mental y más aún del TOC; no obstante, éste padecimiento puede presentarse en la cotidianidad, por el simple hecho de que los diversos trastornos y patologías los sufren los individuos, las familias y esto repercute en la dinámica social y desde luego en el bienestar y la calidad de vida de quienes lo viven.

En este sentido es conveniente que el Trabajador Social conozca este tipo de trastornos e intervenga a nivel preventivo, como lo puede ser en la identificación temprana de la enfermedad, tanto en individuos, familias y en la

¹ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por salud al “equilibrio armónico de todas las funciones orgánicas que conduce a la euforia. La salud es siempre relativa”. Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) “es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencias”. (Saavedra A, 1968)

² “Hablar de salud, es tomar en cuenta también a la salud mental la cual implica la necesidad de analizar críticamente toda actividad humana, individual y grupal, ya que uno de los aspectos cruciales a los que nos enfrentamos en países como México es el desafío de adaptación al proceso de modernización, puesto que en la sociedad contemporánea prevalece un sentimiento de pesimismo y desencanto que a un nivel superficial provoca padecimientos como la anhedonia (privación del placer) así como el trastorno de la afectividad que se caracteriza porque el individuo no es capaz de sentirse satisfecho con sus actividades en particular ni con las situaciones de la vida en general. A un nivel más profundo sus fronteras son la depresión, la ansiedad y la obsesión” (SAPTEL, 2003).

sociedad en general utilizando instrumentos de diagnóstico y valoración como lo es la escala **Yale-Brown** creada por Goodman y colaboradores en 1989, la cual es una escala semiestructurada que sirve exclusivamente para identificar a una persona con Trastorno Obsesivo-Compulsivo, la cual es propia de la psicología y específicamente de la corriente teórica Cognitivo-Conductual³. El Trabajo Social en el ámbito de la investigación puede dar también un punto de vista desde lo social integrando los elementos del instrumento mencionado, así como con las técnicas de la observación y entrevistas abiertas y semiestructuradas (Taylor y Bogdan, 1986) con los posibles implicados (ver anexos), cuando se trabaje directamente con personas que podrían estar vulnerables por el TOC; “ya que éste interfiere y afecta directamente a los individuos que lo padecen perdiendo de manera significativa su círculo social, por el hecho de que son incapaces de continuar sus relaciones debido a los temores y obsesiones que les acechan día con día al pretender interactuar y relacionarse con los demás, entre otros inconvenientes se vuelven difíciles de sobrellevar e interfieren con cada aspecto de sus vidas” (Yaryura T. y Neziroglu F. 1996), por lo que es necesario contribuir a la prevención y a la solución de éste problema a fin de que estos sujetos interactúen y ganen amigos, para que establezcan relaciones y habilidades sociales importantes para el bienestar y la calidad de vida del individuo ya que “las personas con este padecimiento tienen problemas en sus relaciones sociales o nunca aprendieron las necesarias habilidades, dado que pasan la mayoría del tiempo alimentando y atendiendo sus síntomas personales” (Padmal S, Stanley R. 1995).

Por lo que es necesario conocer a profundidad las causas y las consecuencias a nivel individual, familiar y social que genera dicho Trastorno; “ya que no se ve perturbado únicamente el individuo por la enfermedad mental sino que afecta a la familia, a la pareja a los hijos y por consiguiente se ve

³ Se basa en el cambio de las emociones y las conductas de una persona al modificar sus propios pensamientos (SAPTEL, 2003)

mermada su integración a la sociedad, a nivel académico, laboral y recreativo”
(Padmal S, Stanley R. 1995).

I. PERSONALIDAD OBSESIVA-COMPULSIVA

1.1 DEFINICIONES DE PERSONALIDAD.

“La personalidad son los rasgos que distinguen al sujeto y que le imprimen un sello inconfundible; caracteres más ó menos destacados, tanto en lo físico como en lo psicológico y que le producen reacciones de conducta específica, variable en sus distintas expresiones frente al estímulo, pero inconfundible y propias de cada sujeto.” (Saavedra. A. 1968)

Por otro lado, Caso Agustín (1989) la define como “la suma total de cualidades y los modos característicos de sentir, pensar y obrar del individuo, o sea su psicología total organizada en forma estructural y no simplemente un agregado de hábitos aislados, por lo tanto se entiende a la personalidad, como la suma estructurada y organizada de la interacción (influencia recíproca) dinámica de factores psicológicos (inteligencia, afectividad, pulsiones, voluntad), espirituales (cualidades morales) y biológicos (fisiología y morfología) conjuntamente con factores culturales y sociales en el comportamiento del hombre, que diferencian a un individuo determinado; esto sirve para identificar y diferenciar a una persona de las otras.” (Caso, A. 1989), se consideró importante retomar ésta definición ya que el autor ve al individuo dentro de una integridad como sujeto, donde interactúan la psicología, la biología, lo espiritual, lo social y lo cultural que son los elementos que constituyen al hombre, con lo cual no lo aísla ni separa del contexto en el que vive y se desarrolla el sujeto.

Por mi parte considero que la personalidad es una “*mascara*” que utiliza el individuo para interactuar y relacionarse con el mundo que le rodea, para lo cual ésta va a ser variada y en ocasiones antagónica dependiendo las situaciones y los momentos a los cuales se enfrente.

1.2 PERSONALIDAD OBSESIVA-COMPULSIVA

Siguiendo los criterios del DSM-IV⁴, la Personalidad Obsesiva-Compulsiva es aquella que sigue un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican los siguientes apartados:

- 1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
- 2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas, por ejemplo: es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas.
- 3) Dedicación excesiva al trabajo y la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades, no atribuible a necesidades económicas evidentes.
- 4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores, no atribuible a la identificación con la cultura o la religión.
- 5) Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- 6) Es reacio a delegar tareas o trabajo con otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- 7) Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

⁴ Las siglas DSM-IV son una abreviatura de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders," (Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales), y el agregado IV indica que es la cuarta revisión de esta clasificación.

8) Muestra rigidez y obstinación.

Es así que las características de la Personalidad Obsesiva-Compulsiva está bajo los siguientes modos de actuar:

- ☛ La persona tan dedicada a alcanzar sus objetivos, que no puede abandonarlos hasta no verlos concluidos, para lo cual sino lo termina se siente culpable o indisciplinado.
- ☛ La persona es tan delicada que su placer se arruina si las cosas no salen perfectas.
- ☛ Es una persona adicta a pensar en todo momento y en todas las cosas por insignificantes que pudieran parecer, en donde de tanto pensar, se llega a sentir y a hundirse en la tristeza y marginación.
- ☛ Es un sujeto tan perfeccionista cuya necesidad de perfeccionar y pulir cualquier trabajo hace que siempre dedique más tiempo del necesario a cumplir tareas inclusive insignificantes.
- ☛ Es una persona con la creencia de encontrar al "Príncipe azul," o la mujer de sus sueños por lo cual es incapaz de establecer una relación duradera con alguien.
- ☛ Tan acostumbrada a trabajar largas jornadas que no puede parar, aun cuando se enfrente con la evidencia de que el exceso de trabajo está destruyendo su salud y sus relaciones familiares.

Por consiguiente tienen una necesidad de control en todas sus dimensiones, por ejemplo: el autocontrol lo toman como una autodisciplina en donde si fallan a sus propias convicciones o autoreglamentos se sienten culpables y traicionados por ellos mismos, además tienen un control de sus sentimientos por lo que muchos Obsesivos-Compulsivos reprimen, minimizan, rechazan o intentan evitar las emociones fuertes, también tienen la necesidad de controlar a los demás ya que son incapaces de dejar que quienes los rodean actúen libremente y a su modo, por lo que tienen el control por la

irreprochabilidad en donde no dejan lugar a que alguien los critique, en este sentido se mueven por medio de juegos de control sutilmente manipuladores para afirmar su poder sobre los demás, en sí tratan de tener control sobre los acontecimientos de la vida, por lo que tienen una idea extremista del tipo todo o nada, este pensamiento se produce en parte porque no viven el presente.

El perfeccionismo es otro rasgo importante que caracteriza al Obsesivo-Compulsivo ya que se trata de gente que no permite los errores, se sienten impulsados a buscar no sólo la excelencia sino también la perfección. Para ello, es característico que tengan miedo a confiar en los demás por el temor que los defrauden, es así que mantienen las distancias para evitar la dependencia y demostrar sus sentimientos a los demás. De igual forma no hay que olvidar el temor que sienten ante los síntomas y reacciones corporales, ya que tienen una actitud de rechazo ante la enfermedad y el sufrimiento.

Otra característica importante es la exageración por el orden y la rigidez, en donde además de organizar su entorno físico, tienden a ser ordenados en sus actividades, realizándolas metódicamente y no al azar, este deseo de orden surge en parte de su necesidad de perfección, meticulosidad y control; sin embargo, una mentalidad de este tipo es una desventaja dado que un exceso de orden requiere más tiempo del que la tarea requiere. Otra forma de orden propia en estos individuos es que desean entenderlo todo a fondo, por lo que son propensos a la rutina por el exceso de su rigidez mental.

Es así que una Personalidad Obsesiva-Compulsiva es intolerante, dado que es muy difícil que comprenda y acepte unos principios que no sean los que le dan seguridad, por tal motivo suelen sentirse heridos ante una opinión de otra persona que no les sea favorable, negándose a aceptarla.

Ahora bien, es necesario hacer una distinción entre la Personalidad Obsesiva-Compulsiva y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, el cual es el que

desarrollaré en este ensayo con más profundidad, dado que la primera no tiene problemas de ansiedad, ya que la obsesión es parte de su personalidad, en cambio; en el segundo las obsesiones y las compulsiones dan lugar a la ansiedad y la angustia; sin embargo, hay que tener en cuenta que las dos están íntimamente ligadas y por ende la primera predispone a la segunda, y para efecto de este ensayo nos centraremos en el TOC; sin embargo, fue prudente señalar las características de la Personalidad Obsesiva-Compulsiva para entender con más claridad al TOC.

II. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Dentro de los "*Trastornos de ansiedad*" (DSM-IV), se encuentra enmarcado el llamado Trastorno Obsesivo-Compulsivo, que a diferencia de la Personalidad Obsesiva-Compulsiva, se manifiesta por la presencia de ideas persistentes, o bien pensamientos, imágenes o impulsos que son experimentados como intrusivos. Es decir, ajenos a la voluntad de la persona, y generalmente con temas que hacen padecer un gran sufrimiento a quien los experimenta. Otra característica de estos pensamientos a los cuales se les llama obsesiones, es que se manifiestan de manera repetitiva y por periodos prolongados, llegando en ocasiones a dar una gran incapacidad, debido al tiempo dedicado a dichas ideas.

Las obsesiones frecuentemente se acompañan de conductas, que se ejecutan también de manera repetitiva, estereotipada (es decir ritualística) y que son percibidas como innecesarias (cuando menos inicialmente) y a estas conductas se les conoce como compulsiones. Las conductas compulsivas, al igual que las obsesiones consumen una gran cantidad de tiempo y frecuentemente, dichos actos se realizan en respuesta a una obsesión. Las compulsiones disminuyen un poco la ansiedad tan importante que causan los pensamientos obsesivos; sin embargo, no son el camino para el alivio de dichas ideas y por lo contrario, favorecen el mantenimiento del padecimiento y que su intensidad sea mayor, debido a la gran incapacidad y sufrimiento que ocasiona la presencia simultánea de estos dos síntomas (obsesiones y compulsiones).

Entre las obsesiones más comunes (DSM-IV) se pueden citar las siguientes:

- a) Preocupaciones exageradas por la suciedad o los gérmenes.
- b) Dudas constantes (por ejemplo, el individuo puede dudar repetidamente de si apagó los hornillos de la cocina).

- c) Necesidad de colocar los objetos en orden muy especial.
- d) Largos periodos dedicados a manipular o contar objetos.
- e) Preocupación por el orden o la simetría.

Entre las compulsiones más comunes (DSM-IV) se pueden citar las siguientes:

- a) Lavarse las manos repetidamente (a veces, más de 100 veces por día)
- b) Verificar y volver a verificar (repetidamente que la puerta está cerrada o que el horno está apagado).
- c) Establecer reglas de orden rígidas (por ejemplo, ponerse la ropa en el mismo orden todos los días, ordenar alfabéticamente las especias de la alacena y disgustarse si este orden se altera).

Es así que las conductas Obsesivo-Compulsivas pueden ser exageradas, perturbadoras y consumen mucho tiempo, interfiriendo así con las actividades cotidianas y las relaciones humanas. (Nicolini, H. 2002)

III. FACTORES CONDICIONANTES DEL (TOC)

3.1 TEORÍA DE LA QUÍMICA CEREBRAL:

Las principales hipótesis que se han elaborado al interior de la investigación médica para explicar las causas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo son las que resaltan a las dos sustancias químicas como las más involucradas, la serotonina (abreviada como 5HT) y la dopamina (abreviada como DA); las cuales son neurotransmisores o mensajeros químicos, producidos por una célula capaz de alterar el funcionamiento de otra célula de manera breve o durable, por medio de la ocupación de receptores específicos y por la activación de mecanismos iónicos y/o metabólicos, en donde se ha encontrado que existe una disminución de la serotonina de manera significativa en los pacientes con TOC, en cambio, la dopamina que es otro compuesto químico del cerebro se ha encontrado aumentada la cantidad en pacientes con TOC (Brailowsky, S. 2002; Nicolini, H. 2002). Esto ha dado pauta a pensar que al no haber una cantidad equilibrada de estos químicos o neurotransmisores en el cerebro es como se desarrolla por consiguiente el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

3.2 IMÁGENES CEREBRALES EN EL TOC

En diversas investigaciones medicas se ha asociado al TOC con la presencia de lesiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), el cual está formado por el cerebro y la médula espinal, por lo que se sospecha que pudieran existir traumatismos, o bien la presencia de ciertas enfermedades neurológicas como: Epilepsia, Encefalitis de Von Economo, Parkinsonismo Postencefalitis, Corea de Sydenham, Síndrome de Meige, Tics y la enfermedad de Gilles de Tourette, antes de desarrollado el TOC. Por lo que en todas ellas se encuentra presente una falta de habilidad para retardar o bien inhibir conductas repetitivas. En varias de estas entidades están involucrados los ganglios

basales (estructuras anatómicas del cerebro), es así que este hecho apuntaría hacia la probable localización anatómica de una alteración responsable del TOC. (Nicolini. H. 2002)

3.3 PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS

Las pruebas neuropsicológicas buscan poner a prueba de manera muy específica diferentes funciones cerebrales que tienen que ver con la estructura, forma y precisión del pensamiento (cognición), así como algunas otras actividades muy particulares como la memoria, el cálculo aritmético, y la orientación viso-espacial, por lo que todas estas funciones han sido asociadas a ciertas áreas del cerebro, de manera que si no están funcionando adecuadamente, se puede asumir que dichas áreas están involucradas en el origen del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. (Nicolini. H. 2002)

3.4 FACTORES NEUROFISIOLÓGICOS

El electroencefalograma (EEG) es una prueba diagnóstica, la cual consiste en medir la actividad y ritmo eléctrico que normalmente produce el cerebro durante su funcionamiento. El EEG va a medir diferentes tipos de actividad eléctrica, prácticamente toda ella proveniente de las capas más superficiales del cerebro (corteza cerebral). Esta actividad eléctrica se clasifica en dos grandes grupos de ondas, las de actividad rápida (ondas alfa y beta) y las de actividad lenta (ondas delta y teta). Por lo que las alteraciones del EEG en el TOC tienden a reflejar las mismas áreas de problema que los estudios neuropsicológicos y de imágenes cerebrales, mostrando una lentificación de la actividad eléctrica cerebral, con predominio de ondas delta y teta (ondas lentas), en regiones frontotemporales derechas. (Nicolini. H. 2002)

3.5 FACTORES INMUNOLÓGICOS

Uno de los sistemas biológicos importantes en la generación de sintomatología de la enfermedad humana es el sistema inmunológico. Dicho sistema se encarga de proteger a los individuos contra insultos o agresiones del medio externo como pueden ser los microorganismos que causan las infecciones; sin embargo, este sistema encargado de la defensa del cuerpo humano en ocasiones puede fallar debido a que identifique como extraño a algo que no lo es, pero que debido a este error generen moléculas que lo ataquen (anticuerpos) ocasionando lo que se llama enfermedad autoinmune. Por ejemplo: la Corea de Sydenham, manifestación neurológica de la fiebre reumática, que es una enfermedad infecciosa por el microorganismo estreptococo, muy común en México, se presenta como consecuencia de daño a los ganglios basales (estructuras internas del cerebro) por anticuerpos (partículas creadas por el sistema inmune para defender al individuo de elementos extraños al cuerpo) desarrollados en contra de las propias neuronas, en donde los ganglios basales parecen ser particularmente vulnerables a estos anticuerpos, posiblemente debido a que el cuerpo no reconoce como propias estas estructuras y las ataca con las moléculas generadas para defender al organismo de infección estreptocócica, que es la causa primera de la enfermedad, por lo que se ha insinuado que en el TOC podría suceder lo mismo, presentándose inflamación y posterior pérdida de volumen del núcleo caudado. Asimismo, se ha reportado la presencia de anticuerpos antineuronales durante las exacerbaciones proponiéndose al proceso autoinmune posterior a la infección por estreptococo como causa del TOC de inicio en la infancia. Después se descubrió la asociación entre las exacerbaciones y la infección por una bacteria, el estreptococo Beta hemolítico del grupo A, postulándose una reacción autoinmune similar a la que produce fiebre reumática. (Nicolini. H. 2002)

3.6 HERENCIA FAMILIAR DEL TOC

El ingrediente familiar, es crucial pero no definitivo para entender incidencia de la transmisión genética, ya que la familia no sólo transmite genes, sino también factores socioculturales que contribuyen en la predisposición de una enfermedad, es así que la composición genética de un individuo consiste en todos los genes heredados y se le llama genotipo, este genotipo no es observable, las características observables se denominan fenotipo; el genotipo está determinado al nacer; sin embargo, el fenotipo cambia con el tiempo y generalmente es visto como el producto de la interacción entre genotipo y la experiencia. Por lo que una Personalidad Obsesiva-Compulsiva se construye a partir de una fuerte carga hereditaria (genotipo) y familiar (fenotipo), por ejemplo: el ambiente familiar que se ha respirado durante la infancia es demasiado rígido; normas inflexibles y reglas meticulosas, por lo que la afectividad del individuo se va viendo restringida, limitada y enjaulada. En donde el haber vivido en un ambiente muy rígido y normativo en el que el deber, la obligación y el sometimiento a ciertas reglas resulta de una exigencia tal, que la persona se siente mal si no sigue esas directrices, por lo que el individuo va a reproducir paulatinamente esos patrones de conducta que le fueron impuestos desde su niñez y los va a ir asimilando progresivamente como propios e inertes a él mismo y eso se va ir caracterizando en una Personalidad Obsesiva-Compulsiva, la cual es un detonador para que se pueda presentar más adelante, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Es así que cuando el medio familiar que rodea al individuo, ocasiona en él frustraciones o desequilibrios, pueden condenarlo fácilmente a las enfermedades mentales, sobre todo cuando la resistencia de sus defensas o medios de adaptación no son lo suficientemente fuertes. (Yaryura T, y Neziroglu F. 1996, Padmal S. y Stanley R. 1995).

3.7 ENTORNO SOCIAL

Nuestro entorno social es tan diverso y tan complejo como para desarrollar cualquier tipo de personalidad como lo puede ser la Obsesiva Compulsiva, dado que al estar inmerso el individuo en un mundo que lo limita cada vez más a poder desarrollar su potencial al máximo como ser humano, se va viendo amenazado por la marginación, el desempleo y la frustración, es así que se viven tiempos de incertidumbre en donde sale a flote el individualismo como mecanismo de defensa ante los procesos de urbanización y sobrepoblación, como los que se vive en los países llamados de tercer mundo en los cuales está incluido México. Por ello es que el sujeto se ve condicionado a desarrollar una personalidad que le sirva de sobrevivencia ante la modernidad⁵ y los parámetros que exige la globalización⁶. Es así que los individuos se encuentran más susceptibles hoy en día de adquirir conductas patológicas o fuera de la "normalidad,"⁷ ya que la sociedad puede impulsar el desarrollo saludable del hombre, así como de impedirlo, dado que en la actualidad las exigencias de adaptación social son cada vez más inflexibles, por lo que al estar el sujeto bombardeado por los medios masivos de comunicación, Internet, los teléfonos celulares, la moda, la música y todas aquellas cosas materiales y superficiales de consumo que exige la vida moderna, para que funcionen los individuos dentro de él; es de esta manera como el sujeto va ir perdiendo su identidad y cultura, y por ende su capacidad de raciocinio, lo cual lo va a ir orillando cada vez más a que desarrolle algún Trastorno como lo puede ser el Obsesivo-Compulsivo. (Lipovetsky, G. 1986)

⁵ Es la época en que toda la humanidad se organiza, funciona e interactúa con la naturaleza y consigo misma sobre la base de un núcleo estructural común: el estado-nación.

⁶ Es la consecuencia directa de la expansión de la cultura europea a través del planeta vía asentamientos, colonización y mimetismo cultural.

⁷ "Llamaremos normales a los hechos que presentan las formas más generales, y a los demás los calificaremos de morbosos o patológicos". (Durkheim, E. 1996)

V. RELACION CON OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

4.1 NARCISISMO

La personalidad narcisista se caracteriza por un patrón grandioso de vida, éste se expresa en fantasías o modos de conducta que incapacitan al individuo para ver al otro, el mundo se guía y debe obedecer a sus propios puntos de vista, su visión es la directriz al cual el mundo debe someterse, es así que la personalidad narcisista, aún cuando pueda poseer una aguda inteligencia, ésta se haya obscurecida por la postura de mirarse solamente a él mismo, el narcisismo esta caracterizado por un mirarse a sí mismo al igual que el sujeto con TOC, ya que lo único que importa en estos trastornos es uno mismo y el manipular a los otros. (Cía, A. 1995)

4.2 DEPRESIÓN

La depresión es un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa, entre los síntomas característicos de la depresión se encuentran: perder interés en las cosas que antes se disfrutaban, decaimiento emocional, pérdida de motivación, baja autoestima, sensaciones de fin de mundo y futuro inexistente. La depresión es la consecuencia inminente de un obsesivo-compulsivo, dado que nunca podrá satisfacer todos sus objetivos perfeccionistas y por ende será rechazado socialmente por su inflexibilidad hacia las cosas y hacia la propia vida, dándose como consecuencia una depresión y una soledad en el individuo. (Cía, A. 1995)

4.3 SÍNDROME DE GILLES DE TOURETTE

El síndrome de Tourette es una condición compleja que se origina durante la infancia o la adolescencia, se caracteriza por movimientos corporales involuntarios y repetitivos (tics); un tic es un movimiento motor o vocalización

imprevista, rápida y repetida e incluye el parpadeo de los ojos, aclaración repetitiva de la garganta o aspiración de aire por la nariz, extender los brazos con fuerza, patear, encoger o hacer brincar los hombros. Es así que por la forma como se presentan en el Síndrome de Gilles de Tourette los tics y los movimientos corporales involuntarios y repetitivos, pueda existir una semejanza entre éste y el TOC por la falta de recaptura de la serotonina, al igual que es una condicionante el que una persona con tics en su infancia vaya a desarrollar más tarde el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. (Cía, A. 1995)

4.4 TRICOTILOMANÍA

Se trata de un trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello, debida al reiterado impulso por arrancarse el cabello. Este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión y lo sigue una sensación de alivio o gratificación cuando el acto es consumado. Los afectados suelen pasar varias horas por un día arrancándose su cabello o pensando sobre esto, cuando se trata de casos severos. La Tricotilomanía tiene una estrecha semejanza con el TOC por la manera como vienen a flote una serie de episodios de ansiedad y compulsión de actos que al ser consumados viene un periodo de calma y gratificación. (Cía, A. 1995)

4.5 CLEPTOMANIA

Trastorno en el control de los impulsos, caracterizado por la tendencia obsesiva a robar objetos que posteriormente no se usan para ningún fin práctico. Se trata de un "impulso" obsesivo que obliga al que lo padece a apropiarse de todo aquello que se le pone por delante. El robo es una manera de aliviar la ansiedad producida por esa necesidad o deseo de "obtener". Es un padecimiento más propio de mujeres que de hombres. La relación que guarda este trastorno con el TOC es por el hecho que se tiene el impulso de apropiarse

de las cosas y por ende de los sujetos, esto se basa por el poder del control sobre algo o alguien. (Cía, A. 1995)

4.6 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

El trastorno de ansiedad generalizada es más de lo que una persona "normal" con ansiedad experimenta en su vida diaria, es una preocupación y tensión crónica aún cuando nada parece provocarla, el padecer de este trastorno significa anticipar un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Los síntomas pueden incluir: temblores, tensión muscular, irritabilidad, sudor, calores repentinos, incapacidad para relajarse, náuseas y falta de concentración. Entre el TAG y el TOC existe una gran similitud por el simple motivo de estar preocupado incesantemente por algo y por estar pensando paulatinamente en que en cualquier momento podrá desatarse una catástrofe, así como de tener siempre la preocupación excesiva por las cosas que podrían parecer riesgosas para el sujeto como lo es su salud. (Cía, A. 1995)

4.7 AGORAFOBIA

La agorafobia es el temor a encontrarse en situaciones o lugares de los cuales pueda ser difícil escapar o pedir ayuda, se vive con el temor de perder el control personal o la aparición de una enfermedad aguda y brusca que amenace la vida, por lo que el sujeto que lo padece tiene una pérdida de confianza de sí mismo y una gran dependencia por los otros. Existe aquí una clara forma de cómo la agorafobia esta inmersa al interior de un sujeto con TOC por el grado de perder seguridad en uno mismo y la búsqueda incesante de alguien que le proporcione seguridad para poder hacer las cosas que el propio sujeto es incapaz de realizar solo por el miedo de perder el control ante una situación desconocida. (Cía, A. 1995)

4.8 FOBIA SOCIAL

La fobia social se caracteriza por un temor a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o a la posible observación por parte de los demás; es así que el sujeto teme actuar de alguna manera que pueda ser humillado por los demás; asimismo, el exponerse a una situación social determinada provoca ansiedad¹¹ por lo que el sujeto evita relacionarse con gente desconocida. Aquí lo que destaca más es la evitación a ciertas cosas o situaciones en donde el sujeto con TOC hace cotidianamente como lo es relacionarse con gente que lo pueda enfermar o lo pueda criticar, ya que no se tolera la crítica en el TOC. (Cía, A. 1995)

4.9 TRASTORNO DE PÁNICO

Quienes padecen este trastorno experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso, cuando sufren de un ataque de pánico lo más probable es que la persona sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil y mareado, así como náuseas, temblores y transpiración; por lo que la persona que ha experimentado un ataque de pánico en cierta circunstancia que lo vuelve vulnerable, evitará regresar al lugar o a la situación que le provoca malestar. En este trastorno y el TOC hay una estrecha relación cuando el sujeto con TOC experimenta una situación que se sale de su control como lo puede ser el miedo a haber contraído una enfermedad como lo es el cáncer o el SIDA. (Cía, A. 1995)

¹¹ Ansiedad: Función adaptativa que prepara al individuo para la ejecución de tareas o lo pone alerta frente a posibles amenazas.

4.10 TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Conocido también como dismorfofobia, en el cual el sujeto tiene la preocupación por la existencia de un defecto corporal, por lo que se convierte en una constante idea de tener algún defecto físico, es así que el sujeto girará alrededor de dos ejes: a) la necesidad de ser físicamente perfecto, y b) el carácter obsesivo de la imperfección física. Como describimos anteriormente el Obsesivo-Compulsivo gira sobre ejes como la perfección y el orden, por lo que debe ser físicamente perfecto él como individuo o como lo debe ser con la gente que se pudiera relacionar, evitando de manera notoria el relacionarse con gente que no cumple sus perfiles de exigencia física o simplemente le ocasionan repulsión el estar cerca de ella. (Cía, A. 1995)

4.11 TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar se caracteriza por estados de ánimo cambiantes entre dos polos opuestos, alternándose períodos de excesiva euforia y periodos depresivos. Las personas con este padecimiento pueden experimentar una serie de estados de ánimo, pero no experimentan una elevación enfermiza del mismo. De hecho, la enfermedad se define como bipolar sólo con un suceso de elevación del estado de ánimo. El trastorno bipolar puede ser severo y de larga duración o suave con eventos poco frecuentes. El Obsesivo-Compulsivo puede experimentar ocasionalmente características de este trastorno cuando no llega a cumplir con sus objetivos en mente y le viene un estado de depresión severa y ser cambiante o eufórico cuando logra controlar o poseer lo que creía el había perdido y reírse de manera sarcástica al darse cuenta que tiene el poder y el control de las cosas o de la situación. (Cía, A. 1995)

4.12 HIPOCONDRIA

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la autosugestión de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo. Puede ocurrir, por ejemplo, con lunares, pequeñas heridas, tos, incluso latidos del corazón, movimientos involuntarios, o sensaciones físicas no muy claras. Aunque el médico le asegure que no tiene nada, el hipocondríaco solamente se queda tranquilo un rato, pero su preocupación vuelve de nuevo. La hipocondría podría ser considerado como el trastorno que va de la mano del Obsesivo-Compulsivo, dado que los dos experimentan cuadros de extrema preocupación por la suciedad y los gérmenes, así como de un miedo aterrador a contraer una enfermedad al igual que se ven acechados por la duda de estar enfermos o contagiados por alguna enfermedad o por algún virus como lo puede ser el de la gripe o el de VIH (SIDA). (Cía, A. 1995)

4.13 TRASTORNO PARANOIDE

Consiste en la desconfianza hacia los demás, el sujeto sospecha sin base suficiente a ser explotado, dañado o engañado por los demás. Son dados a ver conspiraciones y por ello permanecen en constante estado de alerta con el fin de controlar y detectar la más mínima señal de peligro. En muchos casos presentan celos obsesivos en relación a la pareja y son frecuentes los conflictos laborales, carecen de amigos ya que rara vez demuestran sus sentimientos por el temor a que la información pueda ser utilizada en contra suya. El Obsesivo-Compulsivo carece de amigos al igual que el paranoico por el simple hecho que no confía en los otros e incluso los considera sus enemigos, por el motivo que es totalitario "*todo o nada*" y por consecuencia "*o estás conmigo o estás contra mí,*" por lo tanto, padece de delirios de persecución en los cuales el individuo tiene la falsa creencia de que los demás tratan de lastimarlo o destruirlo de

alguna manera; también es acechado por delirios corporales en los que la persona tiene ideas raras de su cuerpo, representadas por la creencia de que su organismo se está descomponiendo o que despiden malos olores. (Cía, A. 1995)

4.14 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN O DISOREXIAS

Los trastornos de la alimentación pueden considerarse como una forma de conducta obsesiva centrada en una preocupación u obsesión con la comida y la esbeltez. En este sentido existen dos tipos de trastornos de la alimentación: **a) Anorexia nerviosa:** es un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por un rechazo a mantener al peso corporal por encima del valor “*normal*” correspondiente a la edad y talla del sujeto, y por un miedo intenso a engordar o transformarse en una persona obesa aunque se encuentre debajo del peso considerado estándar. **b) Bulimia nerviosa:** es un trastorno caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al sujeto a adoptar medidas extremas para evitar el aumento de peso producido por la ingesta de comida, como lo puede ser el vómito autoprovocado. Los trastornos de la alimentación se encuentran íntimamente ligados al TOC, por el grado de perfección física como lo es el rechazo a estar gordo o a estar cerca de gente gorda, esto en el caso de la anorexia y en el caso de la bulimia; ésta se suscita cuando el individuo atraviesa cuadros depresivos y se refugia en la comida para calmar su ansiedad viniéndole como consecuencia la culpa y llegando a provocar el vómito. (Cía, A. 1995)

4.15 DESORDENES POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Las sustancias consideradas son: 1.) Estimulantes (anfetaminas y cocaína); 2.-) Alucinógenos (marihuana, LSD, mezcalina, psilocibina, y peyote); 3.-) Depresores (alcohol y tranquilizantes); 4.-) Derivados del opio o amapola

(morfina, heroína y codeína); 5.-) Inhalables (cemento, thinner y limpiador para tubo PVC).

En este tipo de desórdenes por abuso de sustancias, la conducta se ve afectada por el consumo y exceso de la misma, al punto de presentar funcionamiento inadecuado social u ocupacional. El consumo de la droga no se puede controlar o discontinuar por lo que dejar de consumirla produce el síndrome de abstinencia⁸. La relación que existe entre el consumo de sustancias tóxicas y el TOC es por los cuadros de excesiva ansiedad o de excesiva depresión por las cuales atraviesa el Obsesivo-Compulsivo, en donde al ingerir la droga se va a sentir más tranquilo y le va a disminuir su ansiedad; sin embargo, no sólo es ingerir una dosis, ya que el sujeto va a reaccionar de manera totalizadora, por ejemplo va a decidir "*o me emborracho o no me emborracho*" dado que el Obsesivo-Compulsivo no tolera las cosas a medias, "*o es todo o es nada*".

En este sentido el común denominador que se ha propuesto para vincular esta serie de padecimientos, que parecieran completamente dispares, es que en todos ellos se encuentra presente una falta de habilidad para retardar o bien inhibir conductas repetitivas e individualistas como en el caso del narcisismo.

De igual manera, y debido principalmente a la eficacia de los medicamentos conocidos como Inhibidores de la Recaptura de Serotonina (IRS), como lo son: Luvox (fluvoxamina), Paxil (paroxetina), Prozac (fluoxetina), y Zoloft (sertralina); en el control de estos padecimientos y del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, es como se ha dado la pauta de considerarlos

⁸ Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas caracterizado por trastornos fisiológicos que se presentan al suspender bruscamente el consumo de la droga, cuando ya existe dependencia física; los síntomas varían dependiendo la sustancia y el sujeto que la consume.

dentro de un mismo espectro, ya que estos padecimientos tienen problemas con la recaptura de los neurotransmisores como lo es la serotonina y la dopamina, por lo que todos éstos reaccionan de manera positiva ante la administración de los mismos fármacos, es por ello que se les ha considerado como el "*Espectro Obsesivo-Compulsivo*". (Cía, A. 1995)

Me deja sorprendido saber como un trastorno no es ajeno a otros trastornos y como una enfermedad o padecimiento siempre viene acompañado de otros "*males*"; es así, que al analizar el "*Espectro Obsesivo-Compulsivo*," me genera inquietud para prestar más atención a los síntomas que pueda uno tener en el transcurso de su vida, sin caer en dudas patológicas o en una posible hipocondría, como por ejemplo: los tics que de niño pueda uno tener, no se les presta la atención adecuada y oportuna por lo que se convierten en una posible bomba de tiempo para que de adulto desarrolle el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Del mismo modo, es necesario estar al tanto de una infección en las vías respiratorias, como lo sería el caso de la bacteria del estreptococo beta hemolítico, dado que ésta bacteria, sino se combate adecuadamente es una condicionante para desarrollar un padecimiento mental; y sin embargo la gente no se preocupa ni se ocupa cuando llega a enfermarse de la garganta.

V. IMPACTO SOCIAL, FAMILIAR Y DE PAREJA DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

El Diccionario de la lengua Española consigna como impacto lo siguiente: **“Huella o señal que deja en el.”** De tal forma que, definir el impacto social, familiar y de pareja del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, enfrenta la necesidad de una concepción de totalidad; es decir, que el impacto del TOC, en estos tres ámbitos es una “realidad como un todo estructurado y dialéctico en el cual puede ser conocido cualquier hecho”. (KrosiK, 1976 en Pichardo, 1998)

Es así, que el TOC, tiene un impacto en lo social, afectando a la sociedad genéricamente hablando; y como la sociedad la constituyen grupos, familias e individuos, se ven alterados de igual manera los otros ámbitos o sistemas más pequeños como lo es la familia y la pareja.

5.1 IMPACTO SOCIAL.

El impacto social va a ser devastador por el tiempo que invierte una persona en sus pensamientos obsesivos, al igual que en los rituales compulsivos que realiza para calmar su angustia o ansiedad que las obsesiones les generan; esto es de gran preocupación, ya que las personas con TOC, son sujetos con un nivel intelectual y cultural por encima de la población general, dado que los Obsesivos-Compulsivos tienen una aguda observación y análisis sobre el mundo que les rodea y eso les ayuda a ser individuos con un amplio conocimiento de la vida en general y, al mismo tiempo, los convierte en sarcásticos y en personas que pudieran estar aportando grandes conocimientos a la sociedad; sin embargo, su padecimiento y su egoísmo los limita a estar encerrados en ellos mismos y en sus obsesiones y compulsiones, las cuales consumen mucho tiempo, interfiriendo así con las actividades cotidianas y las

relaciones humanas en donde los afectados con TOC tienen serios problemas con sus relaciones sociales, o nunca aprendieron las necesarias habilidades dado que pasan la mayoría del tiempo alimentando los síntomas, como lo son sus miedos, desconfianzas y preocupaciones constantes, por lo que no encuentran amistades, y si las tienen las pierden, dado que son incapaces de continuar las relaciones porque sus temores u obsesiones se vuelven demasiado penetrantes e interfieren con cada aspecto de sus vidas, por lo que el TOC afecta la vida de forma progresiva y lentamente aísla al sujeto del mundo exterior, orillándolo a la soledad y la tristeza, donde él continúa luchando por controlar ese mundo a su manera; sin embargo, es bastante difícil para las personas con TOC desarrollar y mantener relaciones serias o crecer con otra gente, porque siempre están a la defensiva y a la ofensiva de que otras personas los vayan a dañar, es de esta manera como sus síntomas habitualmente interfieren con su ajuste y participación social, en donde quieren estar con otros para hacer las mismas cosas pero no pueden. (Yaryura T, 1997; Neziroglu F. 1996, Padmal S. y Stanley R. 1995).

Los efectos laborales y sociales del Trastorno Obsesivo-Compulsivo dependen de la gravedad del problema, en los casos moderados, los sujetos son capaces de continuar trabajando y mantienen una vida social razonable; sin embargo, los casos más graves del trastorno pueden ser incapacitantes a nivel laboral y social, por ejemplo: *un sujeto que acaba de entrar a trabajar a una empresa, en donde es época de lluvias y acaban de informar por los medios masivos de comunicación que se ha desatado una epidemia de gripe bacteriana como lo es el caso de los estreptococos beta-hemolíticos y los estafilococos dorados los cuales pueden producir la fiebre reumática; en primer lugar, el sujeto puede estar amenazado a que al salir de su casa empiece a llover y por lógica él no querrá mojarse porque la lluvia es sinónimo de enfermedad, así pues, él tendrá un pánico por salir de su casa para dirigirse a su trabajo, lo cual le llevará un tiempo considerado dotarse de valor y salir de su casa, llegará al*

"metro" y se dará cuenta que la gente estornuda y esta mojada de tal manera no querrá acercarse a esa gente por el miedo a que lo contagien o lo ensucien, al llegar a su trabajo se da cuenta que su jefe es una persona obesa y por lógica le dará repulsión cuando su jefe se acerca a darle instrucciones; saldrá de su trabajo y llegará a casa empapado por la lluvia que no paró durante toda la tarde, se quitará la ropa mojada, y al momento de quitarse los zapatos se dará cuenta que piso heces fecales que estaban distribuidas por las calles por las cuales él camino, pero debido a la prisa al caminar por evitar mojarse no se percató que se había ensuciado, por lo tanto le vendrá una crisis de angustia al creer que ya ensució toda su casa y al pensar por donde comenzaran sus rituales de comprobación y limpieza, por tal motivo decidirá tirar sus zapatos para evitar el desgaste que le traería el tener que limpiarlos, comenzará con sus rituales y pasará gran parte de la noche limpiando su casa, por lo que se irá a acostar muy tarde; al otro día se levantará y como cosa de todos los días se acercará al espejo para revisar su garganta para ver si no hay infección o irritación y al darse cuenta que tiene pus en las amígdalas le vendrá un ataque de pánico ya que sentirá que fue contagiado por los estreptococos de la gente del metro, faltará a su trabajo por el hecho de que prefirió ir al médico para que lo revisara y por casualidad resultó que tiene la bacteria y el médico ha decidido mandarle antibiótico por 10 días. El se sentirá enojado con la gente que lo contagió y le vendrá una depresión ya que por ese tiempo no podrá beber alcohol (el cual lo tranquiliza a la hora de dormir), ni tampoco podrá entrenar por las mañanas ya que le mandó reposo el médico; por tal motivo, se sentirá culpable de no hacer ejercicio y pensará que se pondrá gordo como su jefe, de tal forma comenzará a tener cuadros de anorexia para evitar subir de peso mientras no puede hacer ejercicio; al día siguiente prefiere renunciar para evitar que le vuelva a pasar lo mismo. (Loyzaga, 2004)

Afortunadamente, hay muchas otras personas con TOC que se las arreglan para continuar trabajando y combinando satisfactoriamente sus

síntomas y sus problemas; lamentablemente la lentitud y las comprobaciones, así como las dudas vinculadas a éstas, es lo que más afecta la efectividad y la productividad laboral de la persona con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Por lo que su eficiencia puede verse gradualmente reducida y deteriorada si no acude a tiempo con especialistas que lo pudieran atender, tanto a él como a su familia y pareja.

En este sentido, si alguien dedica mucho tiempo a preocuparse por cualquier cosa, comprobar, limpiar o a efectuar rituales dispone de menos tiempo o voluntad para participar en actividades de cualquier tipo, ya sean éstas laborales o recreativas. Por lo que si el Trastorno es grave, muchos verán restringidas sus vidas y sus actividades sociales, en donde la evitación de asistir a ciertos lugares o de realizar ciertas conductas de interacción social (como saludar con un apretón de manos) por temor al contagio, puede provocar comprensiblemente la reducción del contacto humano, donde el sujeto al tener constantemente el temor grave al contagio y la suciedad, puede que evite en lo más posible las visitas o que se inviten amigos a casa, por la preocupación de que éstos puedan traer gérmenes o polvo a su casa.

5.2 IMPACTO FAMILIAR.

La palabra familia proviene de la voz "famulia" por derivación de famulus, que a su vez procede del osco "famel" que significa siervo y más remotamente del sánscrito "vama" hogar o habitación dignificando por consiguiente. El conjunto de personas y esclavos que moraban con el señor de la casa. (Chávez A. 1997)

Desde el punto de vista biológico-social, la familia es el grupo humano primario, natural, que no puede ser reducido y que se forma por la unión de la pareja hombre-mujer, por lo que todos los seres vivos son creados por dos instintos fundamentales: la conservación y la reproducción, es así que los

humanos como seres vivos bisexuados, cumplen con el instinto de reproducción y crean con ello a la familia. Consecuentemente son dos los factores de carácter biológico que crean a la familia: la unión sexual y la procreación; además la familia es por excelencia, el principio de la continuidad social y de la conservación de las tradiciones humanas; por lo que se convierte en el elemento conservador de la civilización. (Leclercq, J. 1979)

Sin embargo, no toda unión sexual constituye una familia, por lo que la unión sexual esporádica y pasajera no crea familia excepto en el caso de que a través de ella surja la procreación, o en el otro de los casos, se requiere de dos elementos que se conjugan en la acción sexual: la permanencia prolongada y la cohabitación. Aunque de esa unión no resulte la procreación, la mujer y el hombre que cohabitan en forma permanente configuran la familia. (Chávez A. 1997)

La familia, vista desde el enfoque sistémico⁹, es un sistema abierto; entidad dinámica que está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales, es decir, recibe y envía descargas desde el medio extra familiar o, si se quiere, recibe presión del exterior originada en los naturales requerimientos que le demanda el contexto sociohistórico para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares.

De tal manera, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo produce un impacto significativo en los miembros de la familia del afectado, al ser estos parte del mismo sistema; esto sucede de diversas formas, en algunos casos el sujeto puede solicitar insistentemente la confirmación de un familiar, formulando

⁹ “El estudio de los sistemas tubo sus orígenes en la biología; Ludwing Von Bertalanffy, un biólogo alemán, definió los sistemas diciendo que eran: complejos de elementos en interacción, y a partir de sus estudios, dedujo varios principios que se aplican a todos los sistemas; su postura recibió el nombre de Teoría General de Sistemas (TGS)” (Bradshaw, J. 2000)

preguntas como: ¿lo he hecho bien?, ¿crees que estoy enfermo?, ¿me pasará algo?. Los familiares pueden proporcionar seguridad al sujeto a pesar de la naturaleza agotadora de sus repetidas preguntas, por ejemplo: se le puede pedir a un miembro de la familia que efectúe algunos rituales compulsivos en beneficio del mismo, como lo puede ser: "cuenta conmigo hasta diez y luego de diez a cero para cerciorarme que cerré bien la puerta;" en otros, el afectado puede exigir a los miembros restantes de la familia que respeten ciertas reglas de conducta como lo es bajar los pies del sillón ya que en la suela de los zapatos pueda haber desechos fecales o grasa de automóvil y así el se podría ensuciar, por lo que puede enfadarse mucho si no cumplen con sus exigencias, otro caso sería el uso del cuarto de baño, el cual puede ser una fuente de desacuerdos y enfados, ya que no ponen el papel sanitario en la misma posición que al Obsesivo-Compulsivo le gusta, así como el dejar pelo en el jabón o en las toallas de secado.

Es así que los sujetos se autocuestionan y cuestionan a su familia continuamente, la pregunta que se hace y se repite a pesar de ser respondida es compulsiva y tiene también un elemento obsesivo, como lo es la necesidad de que la persona que le brinda seguridad repita cuantas veces sea necesario lo que se le está pidiendo aunque en realidad no lo quiera hacer, pero si no lo hace la persona que brinda la seguridad, es cuando surgen los conflictos entre el Obsesivo-Compulsivo y la persona que proporciona la seguridad, por lo que además de la ansiedad que experimenta el sujeto con TOC al no ser respondidas sus demandas como a él le hubiera gustado, se desarrolla en la familia una serie de sentimientos de frustración y coraje hacia el individuo enfermo. De tal manera, estos individuos son inseguros y nunca están totalmente convincentes de entender correctamente las instrucciones por lo que necesitan reaseguro, por tal motivo, repiten la misma pregunta una y otra vez para estar seguros de que los demás los entiendan correctamente, por lo que si los miembros de la familia no hacen las cosas como a ellos les gusta

que se hagan, es cuando surgen los problemas familiares y el resentimiento hacia el sujeto con TOC.

De tal manera, que en la vida del Obsesivo-Compulsivo es probable la existencia de problemas familiares, por lo que no debería de sorprender, por el carácter invasor, limitante e incapacitante que tienen las obsesiones y las compulsiones, lo que puede llegar a impedir una convivencia armónica y estable, ya que el TOC produce gran dependencia y consume mucho tiempo y energía por parte de la familia, principalmente sobre aquella que proporciona seguridad como lo puede ser la madre o la esposa. Además el egoísmo y la paranoia de un Obsesivo-Compulsivo se convierte en una bomba de tiempo al interior de la familia, en donde el sujeto vive pensando que en cualquier momento el mundo lo puede dañar. Es por eso que el tener que vivir en "alerta" impide actuar con soltura y honestidad por lo que el individuo con TOC se recluye y se excluye, pero cuando habla, habla de sí mismo y no le interesa lo que los miembros de la familia puedan necesitar o sentir; en este sentido, la naturaleza invasiva del TOC se apodera de la vida de las familias, ya que las obsesiones y compulsiones no ceden, pues ellos se preocupan extremadamente de su rutina diaria por lo que se vuelven centrados sobre sí mismos y son incapaces de prestar atención a las necesidades de los otros porque están muy preocupados y ocupados por atender sus síntomas y sus propias necesidades .

De tal manera que en una familia "modelo" todos "deberían" dar y todos recibir, así se daría el intercambio; sin embargo, el egoísmo de estos sujetos es de tal magnitud que impide la convivencia familiar y armónica, por lo que su padecimiento puede destruir paulatinamente la relación familiar a medida que los síntomas no cedan, aumenten, o se repitan constantemente, por tal motivo surgirá como consecuencia la incomunicación y la desesperación al interior de

las familias y con ello la posible desintegración. (Yaryura T, y Neziroglu F. 1996, Padmal S. y Stanley R. 1995).

5.3 IMPACTO DE PAREJA.

Cuando dos personas que llevan un tiempo de relación preferentemente de coexistencia, cohabitación y convivencia, mantienen un lazo amoroso y un proyecto común, constituyen una pareja. Estas personas, independientemente de la opción sexual (homo-hetero) que hayan elegido, desarrollan un sistema que va creando sus propias leyes independientes y paralelas a las leyes de funcionamiento de la estructura individual y tienen, por tanto, una dinámica particular con tiempos de relación afín, que van creando una identidad común, además de la individual ya existente.

Partiendo de estos conceptos, se encuentran dos tipos de pareja: la pareja soltera y la pareja familiar; en la pareja soltera están las personas que cohabitan en ese sistema antes mencionado, y por el contrario esta la pareja familiar, la cual se forma cuando se crea una familia (incluyendo a los hijos), que es uno de los objetivos en el proceso de desarrollo de algunas parejas, por lo cual, no deja de existir una relación de dos. (Serrano, X. 2003)

Es así, que la base de las parejas "*debiera*" ser el enamoramiento; entendido éste como una emoción, con un fuerte componente de pasión, afecto y ternura. Por lo que uno de los principales objetivos de la pareja sería hacerse la vida agradable; sin embargo, una emoción es pasajera y está sometida a la ley de la habituación, donde al estar compartiendo con otra persona, tiempo, espacio, afecto y bienes materiales, es como se va construyendo un compromiso y una relación entre dos personas, ya sea ésta de noviazgo o de matrimonio, de esta manera un aspecto muy importante en la pareja es el apoyo mutuo, plasmándose en la necesidad de estar juntos en la salud y la enfermedad, en las alegrías y en las tristezas, enfrentándose juntos ante las

dificultades y amenazas de la vida; sin dejar de lado el desarrollo personal y social. (Thibault, O. 1972)

Según se van compartiendo cosas se tiene que tener un método para tomar decisiones y establecer una estructura de poder que pueda ser más o menos democrática, pero siempre aceptada por los dos; para lo cual, para poder vivir con alguien es necesario saber comunicarse, escucharse y respetarse; sin embargo, el vivir con un Obsesivo-Compulsivo es muy distinto, ya que son tan egoístas y desconfiados que difícilmente puedan ser solidarios con su pareja, por lo que tienen serias dificultades para poder establecer y mantener relaciones serias con alguien, en donde se vuelve muy difícil para un Obsesivo-Compulsivo soltero casarse y para uno casado permanecer así, dado que es bastante difícil que desarrollen relaciones serias o crecer con otra gente, pues ellos siempre están alertas ante cualquier actitud que sea diferente a la que están acostumbrados a ver en su pareja y desconfían fácilmente ante el temor de ser engañados o traicionados, es de esta manera que los síntomas de inseguridad y desconfianza pueden ser tan amenazantes que impiden que el individuo funcione y se relacione adecuadamente de tal forma que es incapaz de mantener una relación duradera y armónica.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es devastador y frustrante tanto para el individuo como para la pareja, ya que no existe ni una sola área de convivencia que no se vea afectada, por ejemplo: si la pareja se rebela y rechaza dar reaseguro y comprometerse en una compulsión, puede erupcionar el comportamiento agresivo, como lo pueden ser los insultos, los golpes y las amenazas. Así, el individuo puede frustrarse extremadamente y gritar, patear los muebles o tirar las cosas, por lo que es a la pareja a quien ataca física o verbalmente, por ejemplo: "existen tres tipos de conductas agresivas o violentas por parte del Obsesivo-Compulsivo: **a) Agresión psicológica:** la cual se basa en pensamientos violentos que pueden no ser obsesivos, **b) Agresión**

verbal: en donde las expresiones ofensivas pueden estar dirigidas hacia uno mismo, hacia otros o hacia objetos; y la **c) Agresión física:** la cual se dirige con golpes de todo tipo y en especial son dirigidos hacia la pareja” (Yaryura, J. 1997).

De tal forma y debido a la dificultad para aceptar ser interrumpidos o criticados durante la realización de sus rituales o al cuestionamiento constante para procurar su propia libertad de sus síntomas; el individuo no puede ser interrumpido cuando realiza una actividad Obsesiva-Compulsiva, por lo que estos sujetos terminan dominando y controlando a su pareja de forma notoria y sarcástica.

Es por ello que estos individuos no son capaces de disfrutar totalmente sus relaciones de pareja; como lo es un Obsesivo-Compulsivo con rasgos hipocondríacos, en donde podrá tener la preocupación y el temor al contagio a través de los fluidos corporales, por lo que no sería extraño hallar problemas sexuales asociados, por ejemplo: una esposa puede exigir a su marido un estado de extrema higiene antes de mantener relaciones sexuales y puede insistir en un lavado y limpieza exhaustiva después del coito, incluso hay individuos que por su temor al contagio son incapaces de mantener relaciones sexuales, desembocando esto, en una falta de confianza de ambos y así llegar a la separación y al término de la relación. (Yaryura, J. y Neziroglu F. 1996; Padmal S. y Stanley R. 1995).

VI. ALTERNATIVAS DE TRABAJO SOCIAL.

Es prudente señalar que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo hay que verlo desde una mirada multidisciplinaria e integral, es decir, no sólo desde una postura, sino ubicar los factores, biológicos, psicológicos, ambientales, sociales y culturales; asimismo, no hay que limitarse a una escuela particular de pensamiento, dado que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se centra en la interacción entre la disposición a una enfermedad (diátesis) y los disturbios ambientales o de la vida (estrés), puesto que entre los diversos factores incluidos se maneja la predisposición genética, las características de la personalidad, experiencias de la infancia que moldean al sujeto, el desarrollo de competencias o habilidades, así como de estrategias de enfrentamiento ante estresores a los que se ha visto expuesto el individuo en el desarrollo de su vida.

En este sentido el Trabajador Social debe estar capacitado y tener un amplio conocimiento conceptual que le permita identificar y caracterizar la problemática social desde diversos enfoques como lo sería desde el enfoque de la salud mental. De este modo el actualizarse e investigar sobre temas de salud mental que aquejan a la población, le servirá al Trabajador Social para ser participe en un trabajo multidisciplinario con otros profesionales de la salud mental como lo pueden ser psicólogos, psiquiatras, pedagogos y educadores de enseñanza especial.

El Trabajador Social al ser un estudioso de las ciencias sociales tiene la capacidad de interpretar desde una perspectiva integral la problemática e intervenir en los procesos sociales orientados a la satisfacción de las necesidades y a la realización del hombre en un plano de dignidad humana.

Por tal motivo los Trabajadores Sociales deben ser personas con capacidad intelectual amplia, emocionalmente maduros y capaces de establecer relaciones profesionales, para poder conocer e intervenir en este tipo de trastornos. El Trabajador Social puede utilizar el método del Estudio Social de Casos, el cual se basa en "comprender los problemas de cada individuo en la forma más completa posible; investigación escrupulosa, cuidadosa de un individuo y los problemas que presenta," (Meave, E. 1995) ésto nos sirve porque aumenta la capacidad del individuo para darle la oportunidad de hacer frente a sus problemas, así como mejorar las posibles tensiones existentes en las relaciones familiares; es así que "el estudio social de casos es un método que tiene como finalidad el conocimiento de los fenómenos pero sobre casos concretos y determinados que no necesariamente son individuos aislados, sino que puede ser el caso de una familia, el caso de un país o de una comunidad." (Meave, E. 1995). Cabe aclarar que "Lo individual nunca es tal. Hay siempre un sujeto relacionado, en una situación en la que están presentes las personas de los grupos a los que ha pertenecido o pertenece y en especial el de su familia en un contexto y una cultura determinados desde nuestra perspectiva de método único, no hay diferencias esenciales entre trabajar con una persona o con una vecindad. Resolver el problema de una persona es resolver la versión particular, singular, de una problemática general" (Kisnerman, N. en Eroles C. 1998)

Es así que, en la investigación nace la necesidad de comprender a los individuos y los aspectos integrales de su vida como lo son su familia y su grupo social donde se desenvuelve, dado que el ser humano es un ente biopsicosocial, y por lo tanto, hay que estudiarlo de manera integral y multidisciplinaria para así lograr que el individuo se desarrolle dignamente como persona, como miembro de una familia y como un ser social por excelencia.

Para lograr este efecto, la investigación se puede apoyar de los elementos de la Escala **Yale Brown** de Obsesiones-Compulsiones, la cual da pauta a conocer cuando una persona padece el TOC y así poder intervenir junto con otros profesionales ante este mal que hoy en día se le ha denominado la "**epidemia escondida**".(Nicolini. H. 2002)

Además, que como Trabajadores Sociales es de gran utilidad la aplicación de entrevistas, siendo ésta una técnica específica por excelencia en el Trabajo Social en atención individualizada, misma que se ha definido como "una conversación dirigida o especializada, por medio de la cual se intercambian experiencias, se revelan actitudes y se expresan preocupaciones y puntos de vista" (Meave, E. 1995).

De esta manera, con instrumentos emanados de la psicología y con técnicas de aplicadas en Trabajo Social, se pueden detectar a individuos que padecen el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y así trabajar conjuntamente a nivel preventivo¹⁰ con otros profesionales de la salud mental para que juntos logremos diseñar programas de prevención de salud mental a nivel individual, familiar, grupal, comunitario, regional y por consiguiente proponer programas a nivel nacional; tanto de prevención y detección oportuna del TOC, así como de la promoción y difusión de este padecimiento, ya que los procesos de urbanización y modernización en los cuales nos desenvolvemos, no permiten al individuo ni a la sociedad voltearse a ver a sí mismo y percatarse, y/o reflexionar acerca de su salud y su salud mental.

¹⁰ Entendido como un conjunto de medidas destinadas a prevenir o a evitar riesgos. (OMS)

CONCLUSIONES

Por lo que se ha venido estudiando a lo largo de este ensayo, el TOC tiene consecuencias significativas a nivel social, donde se aísla y se ve excluido por la poca participación que tiene dentro de la dinámica social; a nivel familiar los problemas que se pueden generar serían la "no integración" y la "mala comunicación" entre los miembros de ésta por la desgastante carga que tiene el padecimiento; y a nivel de pareja por la incapacidad de mantener una relación duradera y armónica.

Partiendo de la idea que el individuo como ente social interactúa en diversas esferas, tanto laboral, profesional, cultural, etcetera; dicha interacción influye positiva o negativamente en sus relaciones sociales; sin embargo, si él no goza de una adecuada salud mental su desempeño y participación en la sociedad se verá mermada.

Es por ello que me parece conveniente retomar el estudio de Allan y Jeannette y escribir textualmente las palabras de una mujer norteamericana de Kentucky, de ochenta y cinco años con Trastorno Obsesivo Compulsivo, Nadine Stair. Ella escribió lo siguiente:

Si volviera a vivir

"La próxima vez me gustaría cometer más errores. Me relajaría. Sería más espontánea. No sería lo tonta que he sido. Me tomaría menos cosas en serio. Correría más riesgos. Escalaría más montañas y atravesaría a nado más ríos. Comería más helados y menos guisantes. Tal vez tendría más problemas reales, pero menos imaginarios. Así es, soy una de esas personas que viven sensata y saludablemente hora tras hora y día tras día. He pasado muy buenos momentos, desde luego, y si pudiera volver a empezar pasaría muchos más. En realidad, buscaría sólo buenos momentos. Tan sólo momentos, uno tras otro,

en lugar de vivir siempre para dentro de unos años. He sido una de esas personas que nunca salen sin un termómetro, una bolsa de agua caliente, un impermeable y un paracaídas. Si tuviera que volver a empezar, viajaría por la vida con menos equipaje” (Mallinger, A. y De Wyze, J. 1993)

Sin embargo, nadie puede volver a vivir la parte de su existencia que ya pasó, pero si alguien es Obsesivo-Compulsivo, y sufre, puede cambiar su futuro y obtener más placer y realización personal.

Por tal motivo, el Trabajador Social al estar vinculado históricamente con las necesidades y problemáticas sociales que aquejan al individuo y a la comunidad, se requiere de un esfuerzo por contribuir a una plena calidad de vida donde el sujeto goce de entre muchas otras cosas de una satisfactoria salud mental que le permita hacer frente, plena y satisfactoriamente, a los retos que día a día se le presentan.

Para coadyuvar a un trabajo multidisciplinario y dar propuestas desde el enfoque de Trabajo Social, a nivel preventivo se puede hacer uso de las funciones sustantivas obtenidas en la formación profesional y ejercidas en el ámbito laboral, como lo son la investigación, la promoción, el diseño y ejecución de programas y proyectos sociales, trabajo con grupos, gestión social, educación social, por mencionar algunas.

No obstante, el quehacer profesional del TS en este campo ha sido poco desarrollado, técnica y bibliográficamente, puesto que en la investigación que se realizó se encontró poco material para apoyar el tema en cuestión. Por lo que el haber revisado el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, da pauta para conocer más a fondo acerca de los distintos padecimientos que aquejan al individuo, es así que la intervención del Trabajador Social es necesaria y complementaria para entender de manera integral y multidisciplinaria este padecimiento.

Para concluir, considero que es necesario que al interior de los seminarios, diplomados y especializaciones en Trabajo Social se ponga énfasis en incluir el Trabajo Social Psiquiátrico, dado que por el momento no se está llevando a cabo, y como hemos revisado es algo para lo cual se debe estar capacitado y especializado para así poder intervenir multidisciplinariamente de la mejor manera en asuntos de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Andreu, R. Elementos de Psiquiatría para profesionales de la salud. Ed. Jims. España ,1983. Pp.224. Pp.59-64.

A. H. Chapman, M. D. Trastornos Psiquiátricos en la práctica Médica. Ed. Espaxs. España ,1967. Pp. 368.Pp.54-75.

Asociación Mundial de Psiquiatría Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la ansiedad., 1999.

Berrios G. Historia de los trastornos obsesivos. En: Vallejo J, Berrios G. Estados Obsesivos. 2da. Ed. Barcelona: Masson; 1995. Pp.1-13.

Bogiaizian, D, Soukoyan, G. y Liceaga, R. Combatiendo el miedo al miedo. Ed. Lugar Editorial S. A. Buenos Aires, 2001 Pp.170

Bobes, J., et. al. Trastorno de ansiedad generalizada. Ed. Ediciones Aiz Médica. España, 2002. Pp. 203-207.

Bradshaw, J. La familia, Ed. Selector, Actualidad editorial, México, 2000

Brailowsky, S. Las sustancias de los sueños Neuropsicofarmacología. Ed. FCE, México, 2002. Pp 61-95.

Caso, A. Fundamentos de Psiquiatría... Ed. Limusa. 3ra. Ed. México, 1989. Pp.1212. Pp.26-29,150-155,823-829,854-885,1001-1160.

Cardenal, L. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Ed. Salvat editores S. A. Barcelona- Madrid. Pp.1304

Chevalier, B. Lectura y toma de notas. Ed. Edunsa, Ediciones y distribuciones Universitarias, S. A. Barcelona, 1997. Pp. 145.

Chávez, A. La familia en el derecho, derecho de la familia y relaciones jurídicas y familiares. Ed. Porrúa, México, 1997.

Cía H., A. Trastorno Obsesivo Compulsivo y síndrome relacionados. 1ª Edición. Buenos Aires 1995. Ed. El Ateneo. Pp. 22-28

Cruzado, J. Tratamiento comportamental del Trastorno Obsesivo Compulsivo. 1ª Edición. Ed. Fundación Universidad Empresa. 1993 Pp. 103-115

Díaz, I. Técnica de la entrevista psicodinámica. Ed. Pax. México 1994 Pp.208.

Diccionario Enciclopédico Bruguera. Ed. Bruguera, S. A. México, 1982. Tomo 1-Tomo 16.

Durkheim, E. Las reglas del método sociológico. Ed. Coyoacán S. A. de C.V. México, 1996.

Eroles, C. Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Ed. Espacio, Argentina 1998. pp. 13-28.

Esteve, M. Contribución al estudio cibernético de la patología obsesiva. En: Vallejo J, Berrios G. Estados obsesivos. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 1995. Pp. 297-336.

Frances, A., Fist, M. y Pincus A., Harold, F. DSM-IV 1er Edición. Estados Unidos. Ed. Masson. Pp. 314-320

Guerrero, J. Estados Obsesivos, Fóbicos y Crisis de angustia. Ed. Arán. España, 1990. Pp. 152. Pp. 9-21,51-59,105-143.

Hymas, N. et al. Neurología de la lentitud obsesiva. En: Vallejo J, Berrios G. Estados obsesivos. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 1995. Pp. 437-83.

Jenike, M., Baer L. y Miinichiello, W. Trastornos Obsesivo Compulsivo- Manejo práctica. 3ª Edición Ed. Hareourt México, 2001. Pp. 5-7.

Lachaud, D. El infierno del deber. El discurso del obsesivo. Ed. Ediciones del Serbal. Barcelona-España-1998. pp. 280. Pp.39-44.

Lawson, R. Como liberarse de los trastornos nerviosos. 2da.edición. Ed. Editores mexicanos Unidos S. A. México, 1996. pp.270. Pp.239-244.

Leclercq, J. La Familia. Según el derecho natural. Ed. Herder, España 1979.

Lipovesky, G. La era del vacío ensayo sobre el individualismo contemporáneo. Ed. Anagrama. Barcelona 1986

Loyzaga, C. "Casos clínicos de niños y adultos con TOC". Ponencia en la Asociación Mexicana de Trastorno Obsesivo Compulsivo, Ciudad de México 2004.

Lowen, A. El narcisismo, la enfermedad de nuestro tiempo. Ed. Pidos Ibérica, S. A. España, 2000. pp. 274. Pp. 69-77.

Marks, I. Tratamiento de la neurosis. Teoría y práctica de la psicoterapia conductal. Ed. Martínez Roca, S. A. España, 1998. Pp. 411. Pp.135-141.

Mallinger, A. y De Wyze, J. La Obsesión del Perfeccionismo. Soluciones para acabar con el control excesivo. Ed. Paidós. España ,1993. pp.230. Pp.19-47,57-155,163-223.

Meave, E. Metodología para el estudio social de casos... Ed. Etme Ediciones Colección de Trabajo Social. México 1995. Pp. 7-10

Méndez, S. y Ballesteros I. Dinámica Social Ed. Nueva Editorial Interamericana S. A de C. V. México, 1983.

Nicolini, Humberto "Repitiendo una y otra vez". La enfermedad Obsesivo Compulsiva, Ed. Grupo Carracci, México 2002, pp. . 23

Padmal S. y Stanley R. Trastorno Obsesivo-Compulsivo los hechos. 6ª Edición. Ed. Descleé de Brouwer. España 1995Pp. 51-53

Pinillos, I. y García, M. Obsesiones Obsesivas. Ed. Gráficas COFAS, S. A. Madrid, España, 1993. pp. 250. Pp.51-79.

Rojas, E. ¿Quién eres? De la personalidad a la autoestima. 1ª Edición. Ed. Planeta mexicana. México, 2002 Pp.302-308

Saavedra, A. Vocabulario de Trabajo Social. Ed. Estela. S. A., México, 1968. Pp. 110, 120.

Saiz, J., Ibáñez Cuadrado, A. y Montes Rodríguez, J. Trastorno de angustia, Crisis de pánico y Agorafobia en atención primaria. Ed. Masson. España 2001.pp.114. Pp. 4 - 6.

Salazar H., Ma. Guadalupe Seminario de Actualización Teórico Metodológica en Trabajo Social Modulo IV Investigación Social. 2003.

SAPTEL. Guía de capacitación y manual de procedimientos para el Sistema Nacional de apoyo psicológico y de intervención en crisis por teléfono. 2003 Pp. 77-78

Serrano, X Conflictos de pareja y conflictos sexuales Conferencia realizada en marzo de 2003 Escuela Española de Terapia Reichiana España 2003.

Tallis, F. Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica. Ed. Descleé de Brouwer. 1999.

Tamayo y Tamayo, M. El proceso de la investigación científica. Ed. Limusa. México 1999

Taylor y Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed. Paídos. México 1986

Thibault, O. La pareja. Ed. Guadarrama España 1972

Turner, S. y Devorah B. Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Ed. Martínez Roca. 1994.

Vallejo J. y Berríos E. Estados Obsesivos. Ed. Masson S. A. 1995. Pp. 27-54, 71-90, 109-38, 373-95.

_____. Estados obsesivos. Etiopatogénia y tratamiento. Monografías de Psiquiatría. Madrid: Jarpyo; 1989.

_____. Nosología e investigación. Psiquiatr Biol. 1994; 1 (3):89.

_____. Biología de los trastornos obsesivos. A propósito de las impulsiones y las compulsiones. Update 1992; 1:82-92.

Waxman, S. Neuroanatomía correlativa. Ed. Manual moderno. 10 Ed. México, 1997. Pp.453. Pág.7

Yaryura, J. Trastornos obsesivos compulsivos. Ed. Harcourt Brace de España, S. A de C. V – 1997. pp.285. Pp.10-19

Yaryura, José y Neziroglu Fugen Un viaje al interior del cerebro. El espectro obsesivo compulsivo. 1ª Edición. Ed. Polemos. Pp. 145-160, Buenos Aires, 1996

En Red:

www.clinipapsi.com

www.methodisthealth.com

www.trastorno-obsesivo-compulsivo.agencia-de.com

www.galeon.com/pcazau/guia-ansi.html

www.psinet.com.ar

www.ciudadfutura.com/psico/index.html

www.nimh.nih.gov/publicat/sanxiet/cfm#anx

www.datasalud.com.ar/datasalud.html

[www.iespana.es/gecko/trastornos de ansiedad.htm#genera](http://www.iespana.es/gecko/trastornos_de_ansiedad.htm#genera)

[www.cop.es/colegiados/S-02633/ansiedad.html# GENERALIDADES](http://www.cop.es/colegiados/S-02633/ansiedad.html#_GENERALIDADES)

www.lafacu.com/apuntes/psicologia/NARCISISMO/default.htm

panico.itgo.com/ssri.html

www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm

www.monografias.com/trabajos11/trastans/trastans.shtml#FACTOR

www.udec.cl/-ivalfaro/apsique/pers/kertp.html#titulo6

red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_39.htm

textospsi.galeon.com/pelaez.html

www.analitica.com/archivo/vam1997.06/soc3.htm

www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/art_4.htm

www.psicologia.cl/diccionario/c/cleptomani.htm

www.detodounpocotv.com/prevencion/ludopatia.htm

pcs.adam.com/ency/article/001358.htm

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003940.htm

www.red-farmamedica.com/spo/DISMORFOFOBIA.htm

www.lasenfermedades.com

www.umm.edu./esp_ency/article/003196.htm

www.thehostingzone.net/sermejor/atlas_cerebro/sistema_limbico.htm

www.puerto-rock.cl/psicologia/14_nucleos_basales.pdf

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA YALE-BROWN

NOMBRE: _____	FECHA: _____
---------------	--------------

INSTRUCCIONES: Marque todo lo que sea aplicable a su caso con una x, pero identifique claramente el síntoma principal con una "P".

Las Obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos no deseados y productores de estrés que repetidamente entran en su mente. Ellos ocurren en contra de su voluntad. Pueden ser repugnantes para que quien como ud., los reconozca como sin sentido y ajenos a su personalidad.

Las compulsiones, por otra parte, son conductas o actos que usted se siente obligado a desempeñar, a pesar que puede reconocerlos como sin sentido o excesivos. Algunas veces usted puede tratar de resistirse a realizarlos, pero esto puede provocarle dificultades. Puede experimentar ansiedad que no va a desaparecer hasta que el acto sea completado.

Los siguientes son algunos ejemplos de obsesiones y compulsiones.

Un ejemplo de una obsesión es: el pensamiento o impulso recurrente de causarle un daño físico a sus hijos, a pesar que nunca haría algo así.

Un ejemplo de una compulsión es: la necesidad de verificar repetidamente las instalaciones del hogar, como las llaves del agua y la cerradura de la puerta antes de dejar su hogar. Mientras que la mayoría de las compulsiones son comportamientos observables, algunas son actos mentales inobservables, como una verificación silenciosa o tener que repetir frases absurdas mentalmente, cada vez que tiene un mal pensamiento.

OBSESIONES AGRESIVAS

- Miedo a lastimarse a sí mismo
- Miedo a lastimar a los demás
- Imágenes de horror o de violencia
- Miedo a comenzar a proferir obscenidades o insultos
- Miedo a hacer algo vergonzante
- Miedo a actuar con algún impulso incontrolable y no deseado (ej. Matar a un amigo).
- Miedo a robar cosas.

PASADO (ANTES)	PRESENTE (AHORA)

- Miedo a lastimar a otros a causa de no ser lo suficientemente cuidadoso (ej. Atropellar a alguien con el auto)

--	--

OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN

- Preocupación o disgusto por secreciones o desechos corporales (orina, heces, saliva).
- Preocupación por la suciedad o los gérmenes
- Excesiva preocupación por contaminantes ambientales (asbestos, radiación, residuos tóxicos)
- Excesiva preocupación por los artículos de limpieza
- Molesto por sustancias o residuos que se pegan al cuerpo
- Preocupación por enfermarse a causa de la contaminación
- Preocupación de que otros se enfermen porque uno difunde la contaminación (agresivo)

OBSESIONES SEXUALES

- Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos
- El contenido de los pensamientos involucra niños o incesto
- El contenido involucra homosexualidad
- Comportamiento sexual hacia otros (agresivo)

OBSESIONES POR GUARDAR Y COLECCIONAR OBJETOS

--	--

OBSESIONES RELIGIOSAS

- Preocupación referida a sacrilegios y blasfemias
- Excesiva preocupación acerca de la moralidad o lo que está bien o mal

OBSESIONES CON NECESIDAD DE SIMETRÍA Y DE EXACTITUD

- Acompañada por pensamiento mágico (ej. Mamá tendrá un accidente si las cosas no están en su lugar).
- Todas las cosas deben estar ordenadas y en su lugar

OBSESIONES DIVERSAS

- Necesidad de saber o recordar algo
- Miedo de decir ciertas cosas
- Miedo de no decir justo lo correcto
- Miedo de perder cosas
- Imágenes intrusivas (no violentas)
- Sonidos, palabras o música intrusiva y sin sentido
- Perturbado por ciertos sonidos o ruidos
- Números de la suerte y de la mala suerte

- Colores con significado especial
- Temores supersticiosos

OBSESIONES SOMÁTICAS

- Preocupación por enfermedades o muerte
- Excesiva preocupación por determinadas partes del cuerpo o por la apariencia física

COMPULSIONES DE LAVADO Y LIMPIEZA

- Lavado de manos excesivo o ritualizado
- Ducha, baño, cepillado de dientes excesivo o ritualizado
- Limpieza del hogar u otros objetos inanimados de modo excesivo y ritualizado

COMPULSIONES DE VERIFICACIÓN

- Verificar que no ha hecho daño a los otros
- Verificar que no se ha hecho daño a sí mismo
- Verificar que no cometió errores
- Verificación ligada a obsesiones con el cuerpo humano

RITUALES DE REPETICIÓN

- Re-leer o re-escribir
- Necesidad de repetir actividades rutinarias (ej. Entrar y salir de casa, sentarse y pararse de la silla)

COMPULSIONES DE CONTEO (CONTAR OBJETOS)

--	--

COMPULSIONES DE ACUMULAR Y COLECCIONAR CUALQUIER TIPO DE OBJETOS

--	--

COMPULSIONES VARIADAS

- Rituales mentales (distintos al verificar / contar)
- Excesiva utilización de listas
- Necesidad de decir, preguntar o confesar
- Rituales que involucren parpadeo o mirar fijo
- Medidas (no verificación) para prevenir: dañarse a uno mismo; dañar a los demás; consecuencias terribles.
- Comportamientos de comer ritualizados
- Comportamientos supersticiosos
- Comportamientos de auto-dañarse o automutilarse

Anexo 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN.

Observar el entorno social-familiar en el que ese desenvuelve el individuo en los distintos ámbitos:

- ✓ Familia:
 - a) Relaciones de poder
 - b) Rigidez.
 - c) Reglas inviolables.
 - d) Prácticas meticulosas.

- ✓ Barrio o colonia:
 - Problemática social:
 - a) Alcoholismo.
 - b) Drogadicción.
 - c) Vandalismo.

 - Factores influyentes:
 - a) Pulcritud en el barrio o colonia
 - b) Rigidez.
 - c) Normas.
 - d) Prácticas o ritualizaciones en el barrio.

- ✓ Académico:
 - a) Relación entre compañeros.
 - b) Relación entre profesores.
 - c) Desempeño académico.

- ✓ Laboral:
 - a) Relación entre compañeros de trabajo.

Anexo 3

GUÍAS DE ENTREVISTA

Familia:

- ✓ ¿Cómo es la relación de la familia con el sujeto Obsesivo-Compulsivo?
- ✓ ¿Existen reglas en la familia?
- ✓ ¿Qué tipo de reglas?
- ✓ ¿Cómo se llevan a cabo las reglas?
- ✓ ¿Durante la infancia las reglas fueron muy rígidas?
- ✓ ¿Cómo se desarrolló la infancia del individuo Obsesivo-Compulsivo?
- ✓ ¿Cómo es la relación entre hermanos?
- ✓ ¿Cómo es la relación entre padres?
- ✓ ¿Quién ejerce la autoridad?

Pareja:

- ✓ ¿Cómo es la relación con la pareja?
- ✓ ¿Existen reglas o ritualización en actividades que realizan?
- ✓ ¿Cuáles?
- ✓ ¿Cómo se siente la pareja?

Barrio o colonia:

- ✓ ¿Cómo es la relación del individuo en el barrio o colonia?
- ✓ ¿Cuál es la problemática que aqueja más al barrio?
- ✓ ¿Cómo resuelven los problemas en el barrio?

Académico:

- ✓ ¿Cómo es la disciplina que sigue en la academia?
- ✓ ¿Existe horario fijo para realizar tareas?
- ✓ ¿Qué tanto perfecciona sus trabajos al momento de entregarlos?

Familia y pareja:

- ✓ ¿Han escuchado del Trastorno Obsesivo-Compulsivo?
- ✓ ¿Qué conocimientos tienen acerca del Trastorno Obsesivo-Compulsivo?
- ✓ ¿Les gustaría conocer más acerca del Trastorno Obsesivo-Compulsivo?
- ✓ ¿Consideran que el individuo exagera en algunas situaciones?
- ✓ ¿Consideran que el individuo realiza sus actividades cotidianas con cierta meticulosidad?
- ✓ ¿Existe en la familia alguien que de igual modo realice las cosas con meticulosidad?

- ✓ ¿Qué prácticas de ritualización realiza el individuo?
- ✓ ¿Considera que afecta estas prácticas su relación con este individuo?
- ✓ ¿Considera que el sujeto padece el Trastorno Obsesivo-Compulsivo?
- ✓ ¿Cree que lo limita para realizar de manera óptima sus actividades?
- ✓ ¿Cuál cree sería la solución?

Sujeto social de caso:

- ✓ ¿Considera que podría tener el Trastorno Obsesivo-Compulsivo?
- ✓ ¿Cree que ésto lo limita o afecta para desarrollarse laboralmente, académicamente y en sus relaciones sociales?
- ✓ ¿Si no sufriera dicho trastorno cree que sería capaz de realizar de mejor manera sus actividades?

Anexo 4

GLOSARIO

Afenofobia. Temor al contacto físico.

Amedrentar. Infundir miedo, aterrorizar.

Ansiógeno. Factor que genera ansiedad

Cavilar. Fijar tenazmente la consideración en una cosa con demasiada sutileza

Cleptomanía. Trastorno en el control de los impulsos, caracterizado por la tendencia patológica a robar objetos que, posteriormente, no se usan para ningún fin práctico. Se trata de un "impulso" obsesivo que obliga al que lo padece a apropiarse de todo aquello que se le pone por delante. El robo es una manera de aliviar la ansiedad producida por ese o deseo de "obtener". Es una enfermedad más propia de mujeres que de hombres.

Compulsión (del latín compulsio-sionis) Acción y efecto de compeler o compelerse. En derecho, la coacción que se ejerce sobre uno por mandato de la autoridad compeliéndole a ejecutar alguna cosa.

Coprolalia. Forma de onomatonomía en la que hay repetición incesante de palabras y frases relativas a los excrementos, de voces groseras, insultantes u obscenas, que se observa en ciertos alienados, en la enfermedad de los tics convulsivos, en ciertas crisis epilépticas.

Corea de Sydenham. Es un trastorno del movimiento que se asocia con la fiebre reumática y puede aparecer con el único signo de fiebre reumática aguda (inestabilidad emocional, debilidad muscular y movimientos convulsivos espasmódicos descoordinados y rápidos que afectan principalmente la cara, los pies y las manos).

Demencia. Nombres alternativos.- Síndrome cerebral crónico./ Grupo de síntomas que implican un deterioro progresivo de todos los aspectos del funcionamiento cerebral. La demencia es un problema médico, social y económico.

Diátesis. Predisposición orgánica a contraer una determinada enfermedad.

Discrepar. Desdecir una cosa de otra, diferenciarse, ser desigual, disentir (no ajustarse al sentir o parecer de otro, opinar de modo distinto) una persona de otra.

Dismorfofobia. Temor morboso a las deformidades, idea delirante respecto a la imagen corporal.

Distimia. Exageración morbosa del estado afectivo en sentido de exaltación o depresión.

Dubitativo. Que implica o denota duda.

Ecocinesia. Imitación automática de las acciones que se ven realizar, como levantar los brazos, cruzar las piernas doblar un papel. Esta imitación se efectúa con movimientos irregulares y espasmódicos. Entra dentro de los comportamientos en eco, como la ecolalia o ecofrasia, la econimia, ecofonía.

Ecolalia. Repetición verbal de sílabas, palabras o frases almacenadas por el propio sujeto o escuchadas anteriormente.

Ecofrasia. Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

Enfermedad. Conjunto de fenómenos locales o generales que presenta un organismo como respuesta a un agente físico, químico o biológico nocivo que lo impacta alterando su función.

Escrupuloso. Duda o recelo que punza la conciencia sobre si una cosa es o no cierta, si es buena o mala, lo que trae inquieto el ánimo.

Estereotipia. Repetición persistente de las palabras, gestos, tics, etc., automáticos e inconscientes en los alienados, especialmente en la demencia precoz.

Etiología. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de enfermedades.

Factor. Algo que contribuye a la toma de decisiones, sea ésta positiva (protección) o negativa (riesgo).

Frugalidad. Templanza, moderación prudente en la comida y en la bebida.

Hiperacusia. Exageración o aumento de la grandeza auditiva general, acompañada a menudo de sensación dolorosa. Fenómeno que consiste en la exaltación de ciertos sonidos, particularmente de tonalidad elevada subjetiva, que no permite al individuo diferenciar los sonidos de diversas intensidades, consecutivas al descenso del umbral de percepción.

Ludopatía. La adicción al juego, ludopatía o juego patológico, como también se le ha llamado, es un desorden adictivo caracterizado por la conducta descontrolada en relación al juego del azar y a las compras.

Manía. Se caracteriza por euforia, irritabilidad, mayor actividad de la acostumbrada, sentimiento no realista de autoestima.

Melindroso. Que afecta melindres o demasiada delicadeza en acciones y palabras.

Mentismo Obsesivo. Estado de ansiedad transitorio, en el que el sujeto se ve asaltado por una duda, frase, imagen, aire musical, etc. Que le priva hasta del sueño.

Mesiánico. Perteneciente al Mesías (nombre que dieron los Hebreos al ungido del Señor, que había de ser el Salvador de su pueblo y de todas las naciones).

Minucioso. Que se detiene en las cosas más pequeñas.

Movimiento espasmódico impredecible. Es una condición caracterizada por movimientos involuntarios, incontrolables y rápidos que interrumpen el movimiento o la postura normal. Nombres alternativos.- movimientos corporales; corea; movimientos musculares espasmódicos (involuntarios). Algunas de las muchas posibles causas de los movimientos espasmódicos o impredecibles son la Corea de Sydenham, la enfermedad de Huntington y otros trastornos poco comunes.

Neuroanatomía. Disciplina que estudia la estructura del sistema nervioso y sus células constituyentes.

Neurosis. Es una alteración en la cual permanece relativamente intacta la apreciación de la realidad pero en la que los conflictos inconscientes dan lugar a síntomas como angustia, sensaciones de depresión, temores irracionales, dudas, obsesiones y dolencias físicas de origen psicogénico.

Nosología. Estudio individual de las enfermedades

Obsesión (del latín *obsessio-sionis*, cerco asedio) Idea que con tenaz persistencia asalta o asedia la mente. Perturbación anímica provocada por una idea fija

Obstinación. Pertinacia, porfía, terquedad.

Onomatomanía. Trastorno mental relativo a los nombres, que ofrece diversos caracteres: de obsesión o fobia acerca de determinados nombres, esfuerzo angustioso por recordarlos, atribución a otros de significaciones diversas, faustas o nefastas, etc.

Parestesia. Sensación o conjunto de sensaciones anormales y especialmente el hormigueo, adormecimiento o ardor que experimentan en la piel ciertos enfermos.

Parsimonia. Frugalidad y moderación en los gastos. Circunspección (atención, prudencia, seriedad, gravedad en acciones y palabras, templanza).

Placebo. Sustancia farmacológica o tratamiento sin ningún efecto pero que proporciona alivio al paciente por un fenómeno de persuasión, es en sí un efecto que causa una medicina más por la sugestión que por su real eficacia farmacológica.

Prevención. Conjunto de medidas destinadas a prevenir o a evitar riesgos.

Prevención primaria. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud "Son todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos".

Prevención secundaria. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud "Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de la enfermedad".

Prevención terciaria. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud "Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad".

Psicosis. Es una grave alteración de la función psicológica, en la cual hay deficiencia en la facultad del individuo para distinguir, evaluar y apreciar la realidad.

Rito. (del latín ritus) m. Costumbre o ceremonia con observancia de las reglas.

Ritual. (del latín ritualis) Adj. Perteneciente o relativo al rito.

Salud. De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas, “es un estado de bienestar físico y mental que nos permite vivir en armonía con nosotros mismos y con el medio que nos rodea”.

Sistema Límbico. El sistema límbico está compuesto por un conjunto de estructuras cuya función está relacionada con las respuestas emocionales, el aprendizaje y la memoria. Nuestra personalidad, nuestros recuerdos y en definitiva el hecho de ser como somos, depende en gran medida del sistema límbico. Los componentes de este sistema son: amígdala, tálamo, hipotálamo, hipófisis, hipocampo, el área septal (compuesta por el fórnix, cuerpo caloso y fibras de asociación), la corteza orbitofrontal y la circunvolución del cíngulo.

Trastorno Bipolar. Trastorno afectivo mayor caracterizado por episodios de manía y depresión. En un momento determinado puede predominar una u otra fase, una fase puede alternar con la otra o pueden estar presentes simultáneamente elementos de ambas fases.

Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Se refiere a la preocupación excesiva por un defecto corporal mínimo o por defectos imaginarios corporales.

Tricotilomanía.

Se trata de un trastorno caracterizado por una pérdida apreciable de cabello, debida al reiterado impulso por arrancarse el cabello. Este comportamiento suele ser precedido por un aumento de tensión y lo sigue una sensación de alivio o gratificación cuando el acto es consumado. Los afectados suelen pasar varias horas por un día arrancándose sus cabellos o pensando sobre esto, cuando se trata de casos severos.