

# **Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Dr. Álvaro Rodríguez Lazcano  
Prof. Adj. Clínica Psiquiátrica  
Facultad de Medicina

# Trastorno Obsesivo Compulsivo

## I. Definición

El TOC es un Trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones. Llamamos obsesiones a ideas, impulsos o imágenes recurrentes, que son experimentadas por el paciente como intrusivas e inapropiadas y que producen ansiedad o perturbación prominente.

Son compulsiones las conductas repetitivas o actos mentales (el pensamiento entendido como una conducta), que se producen buscando evitar un evento o situación temida y/o prevenir o disminuir la perturbación resultante de dicho evento. Estas conductas no están vinculadas de forma realista con lo que se desea evitar o son muy exageradas.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSMIV PARA TOC:

#### A) Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

- 1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- 2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- 3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- 4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por:

- 1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- 2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos y operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

#### B) En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Este punto no es aplicable en niños.

- C) representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D) Si hay otro trastorno de Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. Ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- E) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Hay que especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad:

Si el paciente no reconoce como excesivas las preocupaciones y actos patológicos.

## II. Historia

Este trastorno acompaña a la especie humana desde que se tiene recuerdo escrito.

Conceptualizado como intervención de fuerzas para- normales, fue tratado con métodos de tipo religioso (exorcismo, por ejemplo), curiosamente, estos métodos determinaban mejorías en algunos pacientes (Jenike, MA).

Poco a poco fue entendiéndose como un problema médico. Se reconoce en general que en 1838 Jean Etienne Dominique Esquirol lo describió en la literatura científica y a finales de ese siglo se lo vinculó a la depresión y a la Melancolía.

A comienzos del siglo pasado surgieron las primeras explicaciones psicológicas del trastorno.

Debemos a Pierre Janet el uso de técnicas comportamentales para su tratamiento.

Fue también este autor el que plantea una hipótesis de “terreno”, en el sentido médico, que explicaría su aparición en algunas personas predispuestas. Eran los Estigmas Psicasténicos de la persona del obsesivo, abulia, escrupulosidad y duda.

Sigmund Freud, y su caso clínico, El Hombre de las Ratas, ubica la conflictiva obsesiva a nivel del Inconsciente. Colocando claramente el orden de lo sintomático como epifenómeno de esta conflictiva inconsciente, intentará el control de los síntomas mediante la resolución de dicho conflicto.

A mediados del siglo pasado, con el advenimiento de las terapias conductuales, estas se aplicaron a los pacientes, sin pretender una explicación psicopatológica del problema.

Con la demostración de la permeabilidad de la sintomatología TOC a la Clorimipramina, antidepresivo heterocíclico, obtenida por Yaryuba-Tobías en 1976, se abrió un inmenso campo a la investigación neuro-biológica que ha ubicado en esta disciplina las principales bases de investigación en estos últimos años.

### **III.Epidemiología**

#### ***A.Prevalencia.***

La prevalencia en numerosos estudios de campo, es ubicada entre el 1 y el 3%. Estas cifras deben interpretarse con cautela ya que es posible que incluyan pacientes que tuvieron síntomas transitorios, que no codificaran o se codificaron erróneamente según pautas del DSM IV.

Un estudio canadiense, que obtenía cifras de prevalencia del 3.9%, al ser revisado su ésta cayó al 0.6%.(Stein y col.).

De cualquier forma, de las exiguas cifras que se consideraban hasta los años ochenta, estos estudios implican una prevalencia mucho mayor.

#### ***B.Edad***

Todos los trabajos actuales marcan una edad de inicio mayoritario entre los 25 y 35 años La edad de comienzo del trastorno podría ser significativa en cuanto a la evolución, incidencia por sexo, resultados de los tratamientos farmacológicos, comorbilidad, etc..

El comienzo en edad temprana, prepúberes, se asocia con mayoría de sexo masculino (Zohar AH y cols), índice superior de trastorno por tics ( Swedo SE, Rapoport y cols), compulsiones no precedidas de obsesiones (Geller D) y una mayor influencia de historia en familiar para TOC. (Pauls DL y cols).

Merece destacarse el hecho de que disminuya fuertemente su prevalencia hacia los 60 años de edad.

#### ***C.Sexo***

Considerando la población en su conjunto encontramos que el trastorno es levemente mayoritario en mujeres (45%-55%).

Sin embargo, es de destacar que en el grupo de menor edad, se encuentra una mayoría de varones muy significativa (60%-30%) (Zohar AH y cols).

Este grupo, por otra parte, requiere consideraciones especiales, como veremos, en cuanto a evolución, tratamiento, cuadro clínico, etc..

Vemos entonces, en varones, una distribución bimodal de frecuencias del trastorno, con dos picos, uno entre los 11 y 18 años, y otro entre los 25 y 35 años.(Fireman, M.S.)

## **IV.Comorbilidad.**

### ***A.Trastornos del Humor***

Es la patología más comúnmente asociada al TOC.

En un estudio de cien pacientes con ésta patología 67% tenían historia de Trastorno Depresivo Mayor en algún momento de su vida.(Rasmussen, SA)

Resulta difícil diferenciar los trastornos depresivos primarios de aquellos que son secundarios a la desesperanza que genera el TOC.

Weler y col. concluyen que en el 38% de los casos el TDM se inicia después de generado el TOC.

Perugi y col. encontraron en el 27% de los casos diagnosticados como TOC, historia familiar de trastornos del humor.

Obsesiones y/o compulsiones raramente, si alguna vez ocurren, se ven en episodios maníacos.

Sin embargo existe entre 20% y 30% de pacientes bipolares que presentan criterios DSM IIR para TOC. Lo cual lleva a pensar en un aumento de la incidencia de TOC en la población bipolar.

### ***B.Otros Trastornos de Ansiedad***

Otros trastornos de ansiedad coexisten frecuentemente al TOC, como es demostrado por muchos estudios.

Rasmussen SA y colaboradores encuentran en una muestra de cien pacientes con esta patología los siguientes datos, fobia social (18%), trastorno de pánico (12%), fobia específica (22%).

La similitud entre las preocupaciones del paciente portador de ansiedad generalizada y las obsesiones merecen un análisis particular. Abramowitz y Foa encontraron en 381 pacientes con TOC, un 20% cumplían criterios de TAG.

Esta correlación fue superior en mujeres, quienes en su mayoría tenían los dos diagnósticos.

### ***C.Trastorno por Tics.***

El vínculo entre TOC y Trastorno por Tics es bidireccional.

Leckman y colaboradores encontraron un 23% de 134 pacientes con TT cumplían todos los criterios para TOC, y un 46% varios de los criterios principales.

Paralelamente , aproximadamente un 20% de pacientes TOC tienen en algún momento de su vida múltiples tics, además de que entre un 5% y un 10% presentan a lo largo de la vida diagnóstico de Síndrome de Gilles de la Tourette.

Aparentemente los pacientes con tics y TOC presentan frecuentemente algunas temáticas obsesivas-compulsivas en particular, sobre todo vinculadas al orden y la simetría.

## ***D.Trastornos de la Alimentación***

Anorexia y Bulimia forman parte del espectro obsesivo-compulsivo.

Numerosos estudios marcan la asociación a lo largo de la vida de trastornos de la alimentación y el TOC.

Esta prevalencia se encontrará en el rango entre el 11% y 17 %.

Algunas características propias de la patología obsesivo-compulsiva se encuentran también en los trastornos de la alimentación. Estas son: excesiva limpieza, excesivo orden, perfeccionismo, rigidez, miedo al cambio, escrupulosidad, excesiva autoexigencia.

Thiel y colaboradores encuentran que la mejoría del trastorno de la alimentación se correlaciona con una mejoría de los síntomas TOC.

## ***E.Trastornos Psicóticos***

La comorbilidad de TOC con Esquizofrenia es destacada por diversos autores.

Su rango de coexistencia es entre 40% y 70.8% según los autores consultados.

Esta gran variabilidad se debe a los diferentes criterios usados para el diagnóstico respectivo. Por ejemplo algunos autores toman como positivo síntomas obsesivo-compulsivos, aunque no codifiquen, en el DSM, para TOC.

Los trabajos de Fenton y McGlashan sugieren que la co-ocurrencia de Esquizofrenia y TOC empeora la evolución de la primera y dificultan seriamente la reinserción social.

Los mismos trabajos indican que la comorbilidad de TOC y Trastorno de Personalidad Esquizotípico empeoran la evolución y los hacen resistente a la medicación psicotrópica.

Trabajos de Goodwin y colaboradores no encuentran mayor incidencia de Esquizofrenia en pacientes TOC que en la población general.

## ***F.Trastornos de la Personalidad***

La coexistencia de TOC y Trastornos de la Personalidad se encuentra entre el 36 % y el 75%.

Los diagnósticos de Eje II más frecuentes son: dependiente, evitativo, pasivo agresivo y anancástico.

Esquizotípico, paranoico y borderline se asocian a peor pronóstico, aunque su comorbilidad sea menor.

Amplia evidencia sostiene la discontinuidad entre TOC y Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo.

Sin embargo algunos de los ítems del TDPOC, como perfeccionismo e indecisión, se dan en un alto porcentaje de pacientes TOC. (82% y 70%, respectivamente).

Puede ser práctica la distinción entre elementos egosintónicos y egodistónicos para diferenciar el Eje II del Eje I, pero no es absoluta.

## **V.Espectro TOC.**

### ***A. Tricotilomanía***

La Tricotilomanía es la necesidad irresistible de arrancarse el cabello.

Fue descrita por el dermatólogo francés Francois Hallopeau en 1889.

Esta patología afecta al 4% de la población.

Es clasificada en el DSMVI como uno de los Trastornos del control de los impulsos no clasificados.

Es una patología crónica más frecuente en mujeres (4 a 1), que comienza en general antes de los 17 años.

La causa de la enfermedad es motivo de debate, se ha vinculado al espectro TOC tanto por sus manifestaciones como por su tratamiento.

En cuanto al mismo, se han propuesto el uso de antidepresivos serotoninérgicos, así como también el litio.

El médico consultado es más frecuentemente el dermatólogo, el motivo es la alopecia sectorial, de la cual el paciente niega la causa volitiva. Este hecho complica el diagnóstico.

El paciente se ve obligado al uso de sombreros o pelucas para cubrir las zonas afectadas.

El sector más frecuentemente involucrado es el cuero cabelludo, pero puede afectarse la zona pubiana, cejas, pestañas, etc..

Es sugestiva de la patología la coexistencia de cabellos cortos con otros largos, un patrón lineal o circular.

El diagnóstico diferencial es con tiña. La biopsia de la zona contribuye a aclararlo.

El arrancamiento es indoloro, según el paciente, y muchas veces el cabello es deglutido o masticado.

En casos leves y de reciente comienzo, el pronóstico es bueno.

En casos graves y de larga evolución es reservado.

Como complicación se menciona la formación de tricobezoares, con el cuadro abdominal de dolor, constipación, halitosis, náuseas y vómitos.

### ***B. Hipocondriasis***

La hipocondría se caracteriza por preocupación y/o miedo a desarrollar una enfermedad grave o a haberla adquirido. El temor se debe a la interpretación de que los signos o las sensaciones físicas evidencian enfermedad. Pese a que el examen físico no revela datos positivos y a las palabras tranquilizadoras del médico el miedo persiste, pero sin certeza de intensidad delirante.

En un período de observación de 6 meses el 4 al 6 % de la población padecería el trastorno.

No habría diferencias entre los sexos.

La comorbilidad con TOC es del 8% (Barsky).

Entre los pacientes con TOC, las obsesiones somáticas llega al 34% (Rasmussen).

El trastorno es crónico, recurrente y fluctuante.

Muchos estudios han demostrado la mejoría del trastorno con el uso de ISRS o clorimipramina.

Se investigó con metodología doble ciego, contra placebo a la Fluoxetina, obteniéndose resultados positivos en el 80% de los casos comparado con el 50% para el placebo.

Clásicamente se pensaba que era una enfermedad de muy mal pronóstico. Actualmente, sin embargo, la mayoría de los autores opinan que cura espontáneamente en la mayoría de los casos, sin embargo esta información requiere de mayor investigación.

### ***C.Dismorfofobia***

Este trastorno se caracteriza por la sensación de incomodidad o rechazo de una parte del cuerpo.

Los pacientes presentan una sensación de fealdad pese a su aspecto normal y creen o temen ser poco atractivos e incluso repulsivos.

Desde antaño se vinculó a la Neurosis Obsesiva, así lo entendían autores tan destacados como Kraepelin (Neurosis Compulsiva), Pierre Janet (Obsesión del Cuerpo) y el propio Freud, que lo estudió en su famoso caso EL HOMBRE DE LOS LOBOS, el cual padecía por el tamaño de su nariz.

El 37% de pacientes con esta patología tienen historia de TOC (Phillips, KA).

Los pacientes con este trastorno tienen alta frecuencia de familiares con TOC.

Algunos autores plantean que sería una variante de TOC.

En cuanto al tratamiento se ha utilizado clorimipramina, en comparación con desipramina y placebo, en estudio doble ciego, demostrando su significativa eficacia.

Un estudio comparó en las mismas condiciones a Fluvoxamina, obteniendo también una gran actividad.

Estos fármacos se han usado en aquellas dismorfofobias de intensidad delirante (delusional).

### ***D.Juego patológico***

En esta patología el paciente no puede resistir el impulso de jugar a pesar de las consecuencias personales, familiares o laborales que podrían acarrearle.

Podría afectar al 3% de la población adulta. Existe mayoría de varones, algunos estudios mencionan que la relación es 2 a 1.

Se ha encontrado antecedentes familiares de alcoholismo, toxicomanías y juego patológico en un gran porcentaje de portadores del trastorno.

También se encontró mayor proporción de Trastorno Atencional con Hiperactividad y Trastornos del Estado del Ánimo.

En cuanto a la etiología, se mencionan causas psicológicas y fisiopatológicas.

Entre las primeras sólo mencionaremos las teorías psicoanalíticas que remiten a un deseo inconsciente de perder con el fin de atenuar la culpa generada al inicio del proceso edípico (Kaplan).

Entre las segundas se ha destacado el hecho de un descenso de Metoxifenoxifenilglicol, metabolito de noradrenalina, en plasma, un aumento del mismo en el líquido cefalorraquídeo y un aumento de secreción urinaria de noradrenalina, lo que sugeriría un descenso del neurotransmisor mencionado.

Así como en las toxicomanías se han descrito síndrome de abstinencia y aumento de la tolerancia.

La evolución es progresiva, necesitando cada vez más apuestas para obtener satisfacción deseada, e intensa disforia si no obtienen el estímulo buscado.

El tratamiento se basa en los grupos de autoayuda, que propenden a la abstinencia y al soporte.

Se han utilizado técnicas cognitivo-comportamentales con algún éxito.  
No hay ningún fármaco aprobado para el tratamiento de estos pacientes, algunos estudios sugerirían los ISRS, otros, en cambio, no demuestran diferencias significativas contra placebo.

## **VI. Etiología**

Desde hace largo tiempo se tiene la fuerte sospecha que el trastorno obedecía a causas biológicas, y no puramente psicológicas.

Pero desde que hace unos veinte años se descubrió la permeabilidad de este desorden a la clorimipramina, esta sospecha se tornó en casi certeza de un mal funcionamiento encefálico.

Numerosas investigaciones en el campo biomédico se han desarrollado desde entonces, la genética, la neurobiología, la electroencefalografía, las nuevas técnicas que brindan no sólo características morfológicas, sino también funcionales del encéfalo, así como también la investigación de nuevos fármacos, han contribuido a una aproximación prometedora a esta patología.

### **a) Factores Genéticos.**

Si bien parece existir un componente genético en el TOC, no nos es posible conocer los genes específicos implicados ni el patrón hereditario.

Se han realizado estudios familiares encontrándose en algunos trabajos pruebas convincentes de la predisposición familiar. Lenane en 1990 encontró entre familiares de pacientes portadores de TOC, una incidencia del 17% para la enfermedad.

Sin embargo otro autor (Insel, 1983) no encuentra la misma incidencia.

Aparentemente esta diferencia se debería a los diversos criterios manejados (DSMIII y DSMIIIR), así como también al criterio de descarte en el espectro TOC.

Tampoco hay resultados concordantes en la secuencia genética para el receptor serotonina, ni en las formas alélicas asociadas a TOC.

En estos últimos años se han homogeneizados los criterios diagnósticos, las escalas de gravedad, etc., lo que permitirá una mayor precisión en las investigaciones futuras y resultados más significativos.

### **b) Hipótesis Neuroquímicas.**

Su importancia en el TOC se basa en:

#### **1. Respuesta a los fármacos.**

Los fármacos con acción serotoninérgica tienen efectos antiobsesivos específicos, esto es, independiente a su acción antidepressiva.

Actúan inhibiendo la recaptación de serotonina de la hendidura sináptica.

Entre ellos se destacan:

- Clorimipramina
- Fluoxetina

- Fluvoxamina
- Sertralina
- Paroxetina
- Citalopram

En el caso de los síntomas TOC se plantea una actividad aumentada de Serotonina. Estos ISRS actuarían regulando a la baja a los receptores serotoninérgicos. Esto último disminuiría la actividad de ese neurotransmisor lo que conllevaría la disminución de los síntomas.

## 2. Marcadores periféricos de función serotoninérgica.

Estos marcadores son:

- Niveles de ácido 5 indolhidroxindolacético en LCR.
- Niveles plaquetarios de serotonina.
- Receptores serotoninérgicos en plaquetas.

El hallazgo más constante y que se correlaciona mejor con la clínica es el nivel de 5HIAA en LCR. También se correlaciona con una buena respuesta a los fármacos. Tanto los niveles de serotonina como los receptores para ese neurotransmisor en plaquetas se correlaciona mejor con alteraciones afectivas en pacientes portadores de TOC, que con la clínica específica.

De todas formas se esperan mayores investigaciones en un futuro cercano.

## 3. Manipulación farmacológica.

El uso de agonistas serotoninérgicos arrojado alguna evidencia en cuanto aumento de la sintomatología TOC.

Sin embargo, hasta ahora, los resultados han sido contradictorios.

Seguramente existen otros neurotransmisores implicados.

La acción positiva en la supresión de los síntomas con el uso de dextro anfetamina, así como también el efecto que se ha demostrado para Clonidina, apunta a la implicación de noradrenalina en la fisiopatología del TOC.

El éxito en el uso de algunos fármacos de acción predominantemente dopaminérgica (Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, etc.) lleva a pensar en la implicación de este neurotransmisor también.

Seguramente la explicación completa de la enfermedad sea de una complejidad muy grande para el estado actual de nuestro saber.

### c) Factores Neuroendocrinos.

Se han investigado numerosas relaciones entre el TOC y modificaciones de las funciones neuroendocrinas.

Destacamos:

- Test de supresión por dexametasona.

Este estudio ha mostrado importantes divergencias en sus resultados, encontrándose trabajos en que es positivo y otros en que es indiferente.

La opinión mayoritaria es que estaría vinculado a la coexistencia de Trastornos en el estado de ánimo, y que sería este factor el que afecta este estudio.

- Test de respuesta de la hormona tiroestimulante a la hormona liberadora de tirotrófina.

Se han encontrado respuestas aplanadas de TSH a la estimulación por TRH sin respuesta de prolactina ni hormona gonadotrófica.

Esto implicaría una fuerte desregulación del eje Hipotálamo-Hipofisario-Tiroideo.

Algunos estudios encontrarían un 25% de anomalías basales en la función tiroidea en pacientes TOC.

Se ignora que implicancia tendría esta evidencia, que por otra parte no se mantiene en todos los estudios.

#### **d) Factores Neurofisiológicos.**

- Electroencefalograma.

El EEG convencional no aporta evidencias concluyentes ya que aparecería alterado en un porcentaje que va entre el 11% y el 66%.

El análisis espectral del EEG muestra disfunciones temporales izquierdas, así como también trastornos en el sueño con aumento de despertares, menor duración del sueño, disminución del sueño etapa IV, acortamiento de latencia REM, menor eficacia del movimiento ocular rápido.

Cattaneo, en 1988, destaca evidencias de un estado anormal de hiperalerta constituido por ondas beta.

Perro, en 1992, describe elementos similares y suma el encuentro de ondas TITA en regiones frontal posterior a temporal media en hemisferio izquierdo.

Drake, en 1996, describe disminución de ondas alfa en lóbulo frontal.

#### **e) Estudios de neuroimagen cerebral.**

- Tomografía axial computarizada (TAC).

No se han encontrado datos concluyentes con este estudio.

- Resonancia nuclear magnética (RNM).

Esta técnica sugiere alteraciones en los ganglios basales, especialmente núcleo caudado. Sin embargo la evidencia es contradictoria.

#### **f) Neuroimagen funcional.**

A diferencia con los estudios puramente estructurales, estos estudios funcionales si muestran alteraciones más constantes en los diversos autores.

- Tomografía por emisión de positrones (PET).

Se encuentra un hipermetabolismo global, pero con un gran predominio a nivel del núcleo caudado, esto es bilateral.

También se encuentra hiperactividad marcada a nivel de la corteza fronto- orbitaria.

- Tomografía de fotón único (SPET).

Los resultados son similares que con el PET pero no tan homogéneos, quizás se deba a las pequeñas casuísticas analizadas.

### **g) Teorías neuroanatómicas.**

A partir de los estudios descritos referidos a la neuroimagen funcional se generaron diversas teorías neuroanatómicas implicadas en la génesis del TOC.

Todas ellas parten del circuito descrito en 1986 por Alexander y cols..

Este circuito cortico-subcortical vincula la corteza frontoorbitaria-núcleo caudado-pálido-tálamo.

La corteza frontoorbitaria tendría acción excitatoria glutamatérgica con el caudado, este inhibiría mediante el GABA al Pálido, que inhibiría mediante el mismo neurotransmisor al Tálamo, que a su vez excitaría la corteza frontoorbitaria.

Se han atribuido funciones más o menos específicas a cada estructura actuante.

La corteza supraorbitaria se vincula a la ansiedad, control de impulsos, meticulosidad, higiene.

El estriado ha sido implicado en la aparición de movimientos, sensaciones y cogniciones intrusas. También se le vincula a la dificultad para cambiar de tareas y al control conciente de conductas automáticas.

Como vemos todos los elementos predominantes del TOC están presentes.

Pero, ¿dónde está el origen del problema?

Rapoport opina que en los ganglios basales.

Insel opina que en la corteza.

## **VII.Clínica**

Del punto de vista clínico se caracteriza este trastorno por la existencia de obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones son presentadas por el paciente como pensamientos, ideas, imágenes intrusivas, insistentes, repetidas, no deseadas y odiosas. Otras veces son sonidos, frecuentemente música, que el paciente conscientemente desprecia, que “escucha” sin poder quitársela del campo de la conciencia, impidiéndole realizar otras tareas.

El paciente las identifica como propias, es decir, generadas por el mismo, y reconocida como tal, no como producto de instancias externas a la persona del que consulta.

Muchas veces el paciente la siente como ridículas, inmorales o sin sentido y, por lo tanto, se le dificulta “confesárnoslas”. Existe, por lo tanto, plena conciencia de su inadecuación.

Esta paradoja lleva a aumentar aún más el sufrimiento, creadas por él, él no puede detenerlas.

Vemos frecuentemente, conforme se va sintiendo más comprendido, que el inventario de tales fenómenos aumenta.

En el caso particular de las imágenes tienen las mismas características que las ya descritas, con la dificultad que son a veces confundidas con alucinaciones.

Es notorio que el infradiagnóstico del TOC responde a las propias características de cuadro clínico que por otra parte no genera sufrimiento “social”, sino, más bien, sufrimiento y privaciones personales.

No es raro que cuando llegan a la consulta la enfermedad se encuentre complicada con otro diagnóstico de Eje I, como por ejemplo Depresión.

Otras veces son los familiares que de una forma o de otra han “obligado” la concurrencia al técnico. Otras veces son cambios en las características de la vida del paciente que lo llevará a una imposibilidad de ocultar sus “manías”(casamiento, inicio de la Universidad, vida en cuarteles, campamentos, etc.).

La aparición de obras de cine en que el protagonista presentaba un TOC, llevo a un record de consultas en USA hacia los años noventa.

Cada vez es más frecuente que personas vinculadas a la salud mental insistan en la necesidad del inicio de un tratamiento médico (psicólogos, por ejemplo), dada la difusión que han tenido últimamente los tratamientos farmacológicos.

Para las personas que padecen el trastorno es muchas veces vergonzoso hablar de su problemática.

Esto hace que el técnico deba proponer un entorno cálido, no crítico y comprensivo de la sintomatología que aqueja al paciente. Esto permitirá la comunicación por parte del paciente de las Obsesiones y Compulsiones, así como también valorar la repercusión que han tenido en el desempeño del paciente.

Las temáticas de las obsesiones son variadas, debemos recordar que son sentidas como propias (es decir no generadas por influencia de instancias exteriores al sujeto), pero indignas, inmorales, ilegales, irracionales, etc..

Como respuesta a ellas se produce una intensa preocupación por parte del paciente.

A su vez pueden provocar conductas para evitar estos pensamientos.

Estas conductas pueden ser movimientos repetitivos, “juegos mentales”, contar, etc..

Vemos que, si bien las temáticas obsesivas y las compulsiones pueden ser infinitas, responden a un esquema general que es siempre similar.

No es raro encontrar obsesiones sin compulsiones, esto es, ideas intrusivas y molestas que no generan conductas tendientes a suprimirlas.

Lo contrario también es posible, sobre todo en niños.

## **Listado de Obsesiones** (tomado de Rapoport, JL)

### **a) Suciedad y contaminación**

### **b) Algo terrible que está sucediendo (fuego, muerte o enfermedad) a uno mismo o a un ser querido**

- c) **Escrúpulos (obsesiones religiosas)**
- d) **Preocupación o disgusto por secreciones corporales**
- e) **Números afortunados o desafortunados**
- f) **Pensamientos o impulsos sexuales agresivos, prohibidos o perversos**
- g) **Miedo a hacer daño uno mismo o a otros**
- h) **Preocupación por la limpieza de la casa**
- i) **Sonidos, palabras o música de carácter intrusiva y sin sentido**

### **Listado de Compulsiones** (tomado de Rapoport, JL)

- a) **Lavarse las manos, ducharse, bañarse , limpiarse los dientes o asearse de forma excesiva o ritualizada**
- b) **Rituales repetitivos (ir y volver a través de una puerta, sentarse y levantarse en una silla)**
- c) **Comprobación excesiva (puertas, cerraduras, hornos, instrumentos, frenos de seguridad, mapas, tareas escolares)**
- d) **Rituales para evitar el contagio**
- e) **Tacto**
- f) **Medidas para prevenir el daño propio o a los demás**
- g) **Orden u organización .**
- h) **Contar**
- i) **Acumular o coleccionar rituales**
- j) **Rituales de limpieza del hogar o de objetos inanimados**
- k) **Miscelánea de rituales (escribir, moverse o hablar)**

En nuestro medio diferenciamos lo que son rituales de las compulsiones. Llamamos rituales a aquellas conductas que no están vinculadas a ideas obsesivas.

Guardamos la palabra compulsión para aquella conducta que se desarrolla con el fin de suprimir o menguar la Idea Obsesiva.

Esta distinción tiene un cierto valor, como veremos luego al analizar la evolución de la sintomatología con el tratamiento farmacológico y la psicoterapia cognitivo-comportamental.

Otro concepto histórico, que actualmente es poco mencionado en la literatura internacional es el de la Fobia de Impulsión, esto es el miedo a agredir a un ser querido con algún objeto (frecuentemente cuchillos), que lleva a la evitación de dicho objeto. Este último concepto, pensamos, ingresa más naturalmente en el término obsesión, que ya hemos definido.

Rumiación Mental.

## **VIII. Diagnóstico**

### ***A. Positivo***

### ***B. Diferencial***

## **IX. Tratamiento**

El tratamiento debe ser entendido en el contexto médico-paciente, esto que es cierto para cualquier conducta médica, es de central importancia en esta patología.

Así como el paciente tiende a disimular sus dificultades y a no referirlas al técnico, puede haber gran aprehensión al uso de fármacos que por otra parte presentan algunos efectos secundarios molestos.

También el inicio de las técnicas comportamentales aplicadas a este trastorno implican un enfrentamiento a miedos que son muy difíciles de aceptar sin un buen soporte vincular.

El papel de la familia es importante tanto como aliado, como protector y estímulo.

Debemos también tener en cuenta la capacidad del enfermo de reconocer cuales son sus dificultades específicas.

Esto último es especialmente difícil en personas que han convivido y se han adaptado a su dificultad, a veces, por largos años.

Los tratamientos tendrán en cuenta la edad, gravedad, insigth, aprehensiones especiales del paciente.

Debe, por tanto, ser diseñado a la medida, teniendo en cuenta el vínculo establecido.

Un abordaje actual del TOC incluye:

- Tratamiento Psicofarmacológico.
- Terapia Cognitiva.
- Terapia Conductual. Exposición y Prevención de Respuesta.
- Grupos de Autoayuda.
- Intervención Familiar.

De este listado nos extenderemos un poco más en el Tratamiento Psicofarmacológico.

## Tratamiento Farmacológico.

Desde el uso de Clorimipramina para el tratamiento del TOC, en el año 1976, a la fecha se ha avanzado en el diseño de las estrategias, indicaciones, uso de nuevos fármacos con mejor perfil de efectos secundarios, etc..

a) El uso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina a sido, y en este tema hay acuerdo general, un avance en el tratamiento de esta patología. Este grupo de fármacos parecen mostrar un grado de eficacia similar, pero sus efectos secundarios pueden variar de uno a otro.

La excepción a la regla es el primero de ellos, precisamente Clorimipramina, un derivado de los antidepresivos heterocíclicos, que es reputado en varios trabajos como el más eficaz de todos ellos.

Por otra parte es también el de efectos secundarios más molestos.

El listado de ISRS se amplía día a día. De estos se destacan:

- Clorimipramina
- Fluvoxamina
- Sertralina
- Paroxetina
- Citalopram

Todos los citados son antidepresivos.

En general se ha observado que las dosis mínimas efectivas para el Trastorno son mayores que la dosis mínima efectiva antidepresiva.

Esto hace que se presenten efectos secundarios molestos en un alto porcentaje de casos.

La elección de la molécula a usar depende de la experiencia del técnico, perfil de efectos secundarios, etc..

b) Antipsicóticos.

Sobre todo los llamados atípicos, han demostrado eficacia, sobre todo cuando fracasan, o se obtiene sólo mejoría parcial, con los ISRS.

Risperidona y Olanzapina están siendo evaluados y utilizados para los pacientes con evolución más tórpida.

c) Litio.

## **X.Evolución y Pronóstico.**

La evolución de los pacientes con TOC ha variado desde que se usan los tratamientos mencionados.

Como concepto se puede decir que es de evolución crónica, si bien es conocida la posibilidad de remisiones completas o parciales.

Se han descrito evoluciones cíclicas, con períodos de ausencia de síntomas, seguidos de períodos de gran exacerbación sintomática.

Se conocen algunos elementos que hablan de mal pronóstico:

- Diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline o Esquizotípico.
- Comienzo a edades tempranas (niños, adolescentes).
- Mala integración social.
- Poco soporte familiar.

Calidad de Vida.

Estudios comparativos, utilizando escalas de calidad de vida y de posibilidad de vida independiente, señalan niveles en los TOC graves similares a los de Esquizofrenia.

Sin embargo estos trabajos señalan un mejoramiento notable con el tratamiento combinado, cosa que no ocurre en los esquizofrénicos.

Los mismos trabajos indican que los dos índices empeoran durante el tratamiento.