

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

Tema 7

Trastorno obsesivo-compulsivo

1. Definición
 2. Epidemiología
 3. Curso
 4. Pronóstico
 5. Causas
 6. Prevención
 7. Sintomatología
 8. Diagnóstico
 9. Tratamiento
 - *Apéndice
 10. Bibliografía
-

1. Definición

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad que se manifiesta con pensamientos, temores o preocupaciones irracionales que se intentan superar mediante una actividad ritual. Las imágenes o los pensamientos perturbadores y frecuentes se denominan obsesiones y los rituales repetidos que se llevan a cabo para evitarlos o disiparlos se llaman compulsiones.

Los niños en edad preescolar utilizan rituales y rutinas relacionadas con las comidas, el baño y la hora de dormir que les ayudan a estabilizar sus expectativas y la comprensión de su mundo. Los niños en edad escolar suelen desarrollar rituales grupales cuando aprenden a jugar, a practicar deportes en equipo y a recitar rimas. Los niños mayores y los adolescentes comienzan a coleccionar objetos y a desarrollar pasatiempos. Estos rituales ayudan en el proceso de socialización y en el control y dominio de la ansiedad.

Por el contrario, cuando un niño o un adolescente presenta el TOC manifiesta pensamientos obsesivos que no son deseados (como por ejemplo, el miedo a tocar objetos sucios) y utiliza rituales compulsivos para controlar esos miedos (como por ejemplo, lavarse las manos excesivamente). Los pensamientos obsesivos provocan una intensa preocupación y los rituales compulsivos pueden volverse tan frecuentes o intensos que llegan a interferir con las actividades de la vida diaria poniendo en riesgo el proceso de desarrollo.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad de curso crónico o recurrente caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones:

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

- . Las obsesiones se refieren a ideas no deseadas que asedian la conciencia y que determinan un estado de angustia patológica, son ideas reiterativas, persistentes que difícilmente la persona puede controlar y eliminar, que tienen una base real y lógica, aunque la persistencia de esas ideas acaba siendo absurda. Las ideas obsesivas pueden versar sobre temas muy distintos.
- . Las compulsiones: Son actos repetitivos, en sentido estricto, que tienen la finalidad de comprobar, verificar y asegurar algo.

En la enfermedad obsesivo compulsiva domina la intrusión persistente de pensamientos, necesidades o acciones no queridas que el paciente es incapaz de detener. Los pensamientos pueden estar constituidos por palabras o ideas simples, por oleadas de pensamientos sin sentido. Las acciones varían desde los movimientos simples hasta los rituales complejos.

Características fundamentales en las obsesiones:

1. El *carácter coercitivo*, sin posibilidad de control eficaz por parte del sujeto
2. La *tendencia a la repetición* incesante
3. Lo “*absurdo*” del contenido.
4. El carácter *insólito y parásito*. La persona reconoce estos fenómenos como patológicos y procedentes de sí mismo aunque se oponga a ellos
5. La *vivencia angustiosa* que provocan
6. La *atmósfera de duda* que envuelve a todo “lo obsesivo”

2. Epidemiología, prevalencia o frecuencia del trastorno

Es difícil encontrar una persona que no haya tenido una vez en su vida la experiencia de un pensamiento obsesivo o de una conducta compulsiva, pero una compulsión transitoriamente irracional de comprobar, por ejemplo, la llave del gas, difícilmente constituye una enfermedad compulsiva que en sus formas más graves puede llegar a ser tan incapacitante para el que la sufre como la peor enfermedad física.

Los estudios epidemiológicos recientes sugieren que este trastorno es más frecuente de lo que se pensaba y se estima una prevalencia global de 2,5% a lo largo de la vida. (Estas

**

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

cifras sitúan al TOC en el cuarto puesto en cuanto a frecuencia entre los trastornos mentales, detrás de las fobias, abuso de tóxicos y depresión mayor).

3. Curso y evolución de los trastornos obsesivos

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo.

El momento más crítico suele ser la adolescencia por los cambios fisiológicos que se producen y por ser la etapa en la que se adquiere y consolida la identidad personal. Ambas son circunstancias que obligan a la toma de decisiones y esto puede desestabilizar a una persona con tendencia a la obsesión.

En esta etapa uno de los procesos mas importantes es la consolidación de la identidad personal lo cual presupone a su vez la adquisición de la identidad sexual. Proceso que se ve dificultado por la presencia del trastorno o que puede actuar en ocasiones como detonante en la aparición de mismo.

La vida de relación con los otros, puede ser otra fuente de conflicto. Una vez se consigue una estabilidad familiar y profesional, la obsesión también se estabiliza. Si la evolución es favorable con un tratamiento adecuado, la persona puede realizar una vida normal, aunque necesita mantener el tratamiento. La estabilidad en las circunstancias personales garantiza el equilibrio y por tanto un buen pronóstico del trastorno.

4. Pronóstico

Pollitt (1957), considera que alrededor del 70% de los pacientes quedan incapacitados durante el primer año de aparición de la enfermedad. En líneas generales, la enfermedad tiende a disminuir en severidad a medida que pasan los años. Indicativo de un mal pronóstico se considera el hecho de haber requerido una hospitalización ya que se ha comprobado que en estos casos la frecuencia de remisiones es menor.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

5. Causas del trastorno obsesivo compulsivo y fundamento neurobiológico

Aún se desconoce la causa del trastorno obsesivo compulsivo, no obstante, las investigaciones indican que es un trastorno neurológico. Existen unas estructuras del SN relacionadas con este trastorno que son los núcleos de la base y los lóbulos frontales. Las evidencias sugieren que las personas con este trastorno manifiestan un déficit en un neurotransmisor químico que se encuentra en el cerebro llamado serotonina.

El TOC puede también tener un origen de componente genético. Sin embargo, también puede desarrollarse sin antecedentes familiares del trastorno. Estudios recientes sugieren que las infecciones por estreptococos pueden provocar la aparición del TOC o, en ciertos casos, agravarlo.

6. Prevención del trastorno obsesivo compulsivo

Aún se desconocen medidas preventivas que permitan reducir la incidencia de los trastornos de TOC en los adolescentes. Sin embargo, la detección e intervención precoz puede reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y el desarrollo normal y mejorar la calidad de vida de los niños o adolescentes con trastornos de ansiedad.

7. Sintomatología

Características diagnosticas DSM IV TR

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas (p. ej., el individuo dedica a estas actividades más de 1 hora al día) o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

- Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar «egodistónica». Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera (como sucede en la inserción del pensamiento).

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (p. ej., contraer una enfermedad al estrechar la mano de los demás), dudas repetitivas (p. ej., preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto, como haber atropellado a alguien con el coche o haber olvidado cerrar la puerta con llave), necesidad de disponer las cosas según un orden determinado (p. ej., intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos), impulsos de carácter agresivo u horroroso (p. ej., herir a un niño o gritar obscenidades en una iglesia) y fantasías sexuales (p. ej., una imagen pornográfica recurrente). Estos pensamientos, impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real (p. ej., inquietud o dificultades del momento, p. ej., económicas, laborales, o escolares); es más, rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Por ejemplo, un individuo plagado de dudas sobre si ha desconectado el horno, intenta neutralizarlas comprobando una y otra vez que efectivamente se encuentra apagado.

- Las compulsiones se definen como 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 recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. Por ejemplo, los individuos que están obsesionados por la posibilidad de contraer una enfermedad pueden aliviar este malestar mental lavándose las manos hasta que se les arruga la piel; los individuos perturbados por la idea de haber olvidado cerrar una puerta con llave pueden sentirse impulsados a comprobar la cerradura cada 5 minutos; los individuos obsesionados por pensamientos blasfemos no deseados pueden verse aliviados contando del 1 al 10 y del 10 al 1 cien veces por cada uno de estos pensamientos. En algunos casos estos individuos realizan actos fijos o estereotipados acordes con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por qué los llevan a cabo.

Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las compulsiones más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos.

Por definición, los adultos que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo reconocen en algún momento del curso del trastorno que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irracionales.

Este requisito no se exige en el caso de los niños debido a que, por su edad, puede que no dispongan todavía de la suficiente capacidad cognoscitiva para llegar a conclusiones de este tipo. Sin embargo, incluso en los propios adultos puede observarse un amplio espectro en el nivel de comprensión relativo a la racionalidad de las obsesiones o compulsiones.

Algunos individuos se muestran dubitativos sobre la racionalidad de sus obsesiones o compulsiones, y la propia comprensión de este tema puede variar según el momento y el lugar en un mismo sujeto. Por ejemplo, el individuo puede reconocer que su obsesión por la posibilidad de contraer una enfermedad es irracional cuando habla de ello en una «situación segura» (p. ej., en la consulta del terapeuta), pero no dice lo mismo cuando se le fuerza a coger unas monedas. Es en este momento en que el individuo reconoce la irracionalidad de sus obsesiones o compulsiones cuando puede sentirse dispuesto a resistirlas e incluso puede llegar a intentarlo. Al hacerlo, puede invadirle una sensación progresiva de ansiedad o tensión que suele aliviarse rindiéndose a los actos compulsivos.

En el curso del trastorno, y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, el individuo puede claudicar ante ellas, no volver a desear combatir las nunca más e incorporar estas compulsiones a sus actividades diarias. Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de 1 hora al día) o interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relacionales. Estas obsesiones o compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental. Además, muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global del individuo.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Con frecuencia existe evitación de situaciones que se relacionan con el contenido de las obsesiones, como son la suciedad o la posibilidad de contraer enfermedades. Por ejemplo, un individuo obsesionado por la suciedad puede evitar las salas de espera públicas o estrechar las manos de las personas extrañas. Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traduciéndose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. También puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad y trastornos del sueño. Cabe observar asimismo un consumo excesivo de alcohol o fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La realización de los actos compulsivos puede convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo, traduciéndose en problemas conyugales, laborales o sociales. Los comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total del individuo en su propio hogar.

El trastorno obsesivo-compulsivo puede asociarse a trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad (fobia específica, fobia social, trastorno de angustia), trastornos alimentarios y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Existe una alta incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en el síndrome de la Tourette, con unas cifras que oscilan entre el 35 y el 50 %. Por el contrario, la incidencia de síndrome de la Tourette en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo es menor, situándose los porcentajes entre el 5 y el 7 %. Un 20-30 % de los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo manifiestan la presencia actual o pasada de tic.

Pueden observarse problemas dermatológicos debidos a un uso excesivo de agua o detergentes cáusticos en los actos compulsivos de lavado o limpieza.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Los comportamientos rituales acordes con el marco cultural no constituyen por sí mismos un trastorno obsesivo-compulsivo, a no ser que excedan estas normas culturales, tengan lugar en momentos o lugares considerados inapropiados por el resto de la comunidad e interfieran marcadamente en las relaciones sociales del individuo. Acontecimientos vitales importantes o pérdidas de seres queridos pueden conducir a una intensificación de los actos rituales, adquiriendo éstos la forma de obsesión a los ojos de un especialista ajeno al contexto cultural en que tienen lugar.

Los trastornos obsesivo-compulsivos en los niños suelen presentarse de forma similar a los de los adultos. Los rituales de lavado, comprobación y puesta en orden de objetos son particularmente frecuentes en los niños. Éstos no suelen pedir ayuda, y los síntomas pueden o no ser de carácter egodistónico. La mayor parte de veces el problema es detectado por los padres, que llevan al niño a la consulta. También se han visto casos de empobrecimiento gradual del rendimiento escolar secundario a una afectación de la capacidad para concentrarse. Al igual que los adultos, los niños son más propensos a realizar los actos rituales en su casa que cuando están con compañeros, profesores o personas desconocidas.

Síntomas del trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes

Los síntomas más comunes del trastorno obsesivo compulsivo son los siguientes, a pesar de que, sin embargo, cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente:

- . Preocupación exagerada por la suciedad, los gérmenes o la contaminación
- . Dudas reiteradas (por ejemplo, si la puerta está cerrada o no)

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

- . Pensamientos persistentes acerca de la violencia, las heridas, matar a alguien o herirse a sí mismo
- . Períodos excesivos de tiempo tocando cosas, contando, pensando en números y secuencias
- . Preocupación por el orden, la simetría o la exactitud
- . Pensamientos persistentes acerca de actos sexuales repugnantes
- . Pensamientos preocupantes que están en contra de las propias convicciones religiosas
- . Necesidad extrema por saber o recordar cosas que pueden ser muy triviales
- . Atención excesiva en los detalles
- . Preocupación excesiva de que algo terrible suceda
- . Pensamientos, impulsos o conductas agresivas

Las conductas compulsivas (los rituales repetitivos que se utilizan para reducir la ansiedad causada por las obsesiones) pueden volverse excesivas, molestas y pueden demandar mucho tiempo e incluso interferir con las actividades diarias y las relaciones interpersonales. Estos son algunos ejemplos de conducta compulsiva:

- . Lavarse repetidamente las manos (en ocasiones hasta 100 veces al día o más)
- . Controlar y volver a controlar ciertas conductas (*Checking*: por ejemplo, asegurarse de que la puerta esté cerrada con llave)
- . Establecer reglas de orden rígidas (por ejemplo, ponerse la ropa en el mismo orden todos los días, el modo de guardar las propias pertenencias, molestarse si este orden se altera...)
- . Acumular objetos
- . Contar y volver a contar excesivamente
- . Agrupar o secuenciar objetos
- . Repetir palabras dichas por uno mismo (palilalia) o por otros (ecolalia)
- . Repetir sonidos, palabras, números o música para uno mismo
- . Formular las mismas preguntas una y otra vez
- . Coprolalia (decir obscenidades continuamente) o copropraxia (hacer gestos obscenos continuamente)

Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo pueden parecerse a los de otros cuadros clínicos o problemas psiquiátricos, entre los que se incluye el trastorno de Gilles de la Tourette.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

8. El diagnóstico en el trastorno obsesivo compulsivo

El psiquiatra infantil o el profesional de la salud mental es quien diagnostica los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes a partir de una evaluación psiquiátrica completa. Los padres que advierten síntomas de ansiedad grave o conductas excesivas o compulsivas en sus hijos pueden ayudar a acelerar una evaluación y un tratamiento precoz, decisión clave para reducir la aparición e incidencia de problemas en el futuro.

Para que pueda realizarse un diagnóstico de TOC, las obsesiones y compulsiones deben ser suficientemente dominantes, graves y molestas como para que las actividades diarias del niño o adolescente se vean afectadas de manera negativa. En la mayoría de los casos, las actividades propias del trastorno (por ejemplo, lavarse las manos o controlar las cerraduras de las puertas) consumen más de una hora diaria y provocan angustia psicológica y un rendimiento mental reducido. Los adultos perciben que estas conductas no son normales, sin embargo, los niños no cuentan con la capacidad crítica para juzgar este tipo de conducta como irracional o anormal.

Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM IV -TR

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

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

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 u 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. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 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, 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.

9. Tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes

El tratamiento específico para el TOC será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- . La edad del niño, el estado general de salud y los antecedentes médicos
- . La gravedad de los síntomas
- . La tolerancia del niño a determinados medicamentos o terapias
- . Las expectativas para la evolución del trastorno

Es importante saber que el TOC puede tratarse con efectividad, generalmente mediante la combinación de terapia individual y medicamentos. El tratamiento siempre debe basarse en una evaluación integral del adolescente y de la familia. Generalmente, la terapia individual incluye técnicas cognitivo- conductuales. Este tipo de terapia se concentra en ayudar al niño o adolescente a identificar y comprender sus miedos y a aprender nuevas formas de resolverlos o disminuirlos con mayor efectividad. Las técnicas conductuales ayudan al niño o adolescente y a sus familias a establecer acuerdos o pautas para limitar

**

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

o cambiar las conductas (por ejemplo, establecer una cantidad máxima de veces que un niño con el trastorno tiene permitido lavarse las manos). A veces se recomienda la terapia familiar y la consulta con la escuela del niño como parte del tratamiento. Los padres desempeñan un papel fundamental de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

Aproximadamente, entre el 20 y el 40 % de los adolescentes con TOC presentan, además trastornos alimenticios que también requieren tratamiento.

Tratamiento en general

Es importante una evaluación de la personalidad del paciente, previa al tratamiento, que ayudará a determinar el más adecuado.

Existen varios tipos de estrategias que se han demostrado útiles en el tratamiento del TOC. En los casos resistentes existen diferentes estrategias de intervención que deben ser utilizadas únicamente por especialistas con experiencia en este campo.

En general, dada la tendencia a la cronicidad en muchos casos, así como a la elevada proporción de falta de respuesta a terapia únicamente farmacológica (hasta un 40%), los pilares básicos del tratamiento del TOC son:

1. Aspectos psico-educativos

Es importante que paciente y familia estén bien informados y conozcan a fondo las características del trastorno y su tratamiento. Esto mejorará los resultados del tratamiento y favorecerá el control de la enfermedad. Resulta de utilidad la lectura sobre el tema, solicitar información al terapeuta, considerar la posibilidad de vincularse a asociaciones de pacientes, etc.

Al inicio del tratamiento son aconsejables visitas semanales para poder desarrollar un plan terapéutico, monitorizar síntomas, dosis de medicación, efectos secundarios, etc. A medida que se produce la mejoría, la frecuencia se puede disminuir. Tras la remisión, puede ser suficiente con visitas anuales.

Se recomienda acudir al profesional aparece alguna de estas circunstancias:

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

- . Reparición de síntomas obsesivos tras haberse producido la remisión
- . Empeoramiento de síntomas obsesivos que dejan de responder a estrategias cognitivas aprendidas
- . Cambios en los efectos colaterales de la medicación
- . Aparición de nuevos síntomas de otro trastorno (depresión, crisis de pánico, etc.)
- . Situación de crisis que pueda empeorar el trastorno (por ej. cambio de trabajo)

2. Papel de la familia en el tratamiento del TOC

Los problemas familiares no son la causa del TOC, pero el trastorno puede verse afectado por la reacción de la familia a los síntomas y, además, los síntomas pueden ocasionar importantes conflictos lo que hace que, en muchos casos sea necesario para la familia acudir a la consulta junto con el paciente.

El terapeuta puede ayudar a la familia a “aprender a intervenir” gradualmente sobre los rituales y siempre con la conformidad del paciente. No suele ser útil la interrupción brusca de la participación de la familia en los rituales sin el acuerdo del paciente ya que, por lo general, éste tiene dificultades importantes para manejar la tensión que esta situación le genera.

La actitud crítica o comentarios negativos de la familia empeoran a menudo el trastorno; por el contrario, una actitud relajada y de apoyo al paciente puede mejorar la respuesta al tratamiento. El simple hecho de decir al paciente que debe interrumpir sus conductas compulsivas puede hacer que se sienta peor, ya que esto es algo muy difícil para él. Por el contrario, resulta muy positivo reconocer los intentos de la persona por hacer frente a su trastorno y centrar la atención en los aspectos positivos de su vida. Es importante que las expectativas no sean ni demasiado elevadas ni demasiado pobres.

Una vez remitidos los síntomas, resulta aconsejable tratar al paciente con normalidad pero estar alerta para detectar posibles signos de recaída ya que en muchos casos la familia percibe estos signos antes incluso que el propio paciente. Es importante asimismo distinguir entre una recaída y un mal día, no atribuyendo todo lo que no va bien a la enfermedad.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

El TOC afecta no solo al individuo que lo padece sino también a sus familiares y amigos. Las familias con frecuencia atraviesan momentos difíciles para aceptar el hecho de que la persona con TOC no pueda poner freno a su comportamiento angustiante. Si los familiares muestran su enfado y resentimiento, podrían contribuir a que aumente el comportamiento obsesivo. Las familias pueden aprender formas de animar a la persona con TOC para que persevere con los programas de terapia conductual y/o medicación y contribuir de manera activa en la aplicación con éxito del programa de intervención.

3. Psicoterapia

La psicoterapia está destinada a facilitar la asunción de la conciencia del problema y los recursos para controlar los síntomas básicos del trastorno: obsesiones y compulsiones.

La psicoterapia tradicional, cuyo objeto es ayudar al paciente a hacerse una idea de su problema, en general no sirve de ayuda para el TOC. Sin embargo, una terapia conductual específica, llamada 'exposición y prevención de respuestas' resulta eficaz para muchas personas. Con este enfoque, el paciente se enfrenta deliberada y voluntariamente al objeto o idea de sus miedos, ya sea directamente o imaginándolo. Al mismo tiempo se alienta al paciente a que se abstenga de efectuar rituales, con los conocimientos y apoyo del terapeuta y de otras personas a las que el paciente ha recurrido en busca de ayuda. Por ejemplo, se podría alentar a una persona que se lava las manos compulsivamente a que toque un objeto que cree está contaminado, y después prohibirle que se lave las manos durante varias horas, hasta que la ansiedad haya disminuido. El tratamiento sigue paso a paso, guiándose por la habilidad del paciente a tolerar la ansiedad y a controlar sus rituales. A medida que progresa el tratamiento, la mayoría de los pacientes experimentan generalmente menos ansiedad causada por los pensamientos obsesivos y son capaces de resistirse a los impulsos compulsivos.

Estudios de terapia conductual en el caso del TOC han demostrado que se trata de un tratamiento que tiene éxito en la mayoría de los pacientes que lo completan. Es beneficioso para el paciente estar muy motivado y tener una actitud positiva y decidida. Los efectos positivos de la terapia conductual continúan una vez acabado el tratamiento.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

El tratamiento psicoterapéutico de elección para niños, adolescentes y adultos con TOC es la terapia cognitivo-conductual cuya meta principal sería conseguir que los pacientes aprendan a modificar su respuesta a las obsesiones. Se trataría de modificar la conducta que restringe las actividades sociolaborales del paciente, con lo que mejora la calidad de vida de éste. La TCC incluye técnicas de terapia de modificación de conducta y estrategias de tipo cognitivo.

Las técnicas conductuales más utilizadas para el tratamiento del TOC y las estrategias que han demostrado ser más eficaces son las técnicas de exposición y de prevención de respuesta.

- **Exposición:** se basa en el hecho de que la ansiedad disminuye cuando el sujeto se somete a un contacto suficientemente prolongado con el estímulo temido. El objetivo es conseguir la reducción del malestar asociado al estímulo mediante la habituación al mismo. Las personas con obsesiones de contaminación se les pide que estén en contacto con objetos "infectados" (p.ej. dinero) hasta que su ansiedad se extinga. Las técnicas de exposición van desde la *desensibilización sistemática* con exposición breve imaginada, a la *inundación (flooding)*, donde la exposición prolongada al estímulo, que en la vida real provoca la conducta ritual, ocasiona gran malestar.
- **Prevención de respuesta:** técnica necesaria para que la exposición resulte eficaz. Consiste en mantener a los pacientes ante el estímulo temido (p.ej., suciedad) sin que se laven las manos excesivamente, o tolerando la duda (¿está cerrado el gas?) sin que puedan comprobar en exceso.
- Otras: **detención del pensamiento**, **saciación** (evocación del pensamiento básico de forma prolongada previniendo el ritual cognitivo si existe), **Intención paradójica** (exagerar y provocar la *rumiación* intentando romper el círculo vicioso de ansiedad que mantiene el síntoma).

Las técnicas de exposición resultan más eficaces para reducir la ansiedad y obsesividad mientras que la prevención de respuesta resulta más útil para disminuir las conductas compulsivas. La *saciación* y la *intención paradójica* pueden ser útiles en las obsesiones puras y la detención del pensamiento se puede utilizar en las compulsiones mentales.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

La eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual

Aunque un 25% de los pacientes no aceptan la TCC, en aquellos que la realizan se reduce en un 50-80% los síntomas obsesivo-compulsivos después de 12-20 sesiones. Los pacientes que responden al tratamiento suelen mantenerse estables incluso durante años. Cuando se realiza además tratamiento farmacológico, la TCC puede ayudar a prevenir las recaídas al suspender la medicación. La terapia cognitiva (TC) es el otro componente básico de la terapia cognitivo conductual. A menudo se asocia a la exposición y prevención de respuesta para ayudar a reducir los pensamientos catastróficos y el sentimiento de responsabilidad exagerado que presentan estos pacientes. La TC ayuda a tomar conciencia de las creencias erróneas en las que están basadas sus obsesiones, con lo que puede aprovechar mejor la exposición y prevención de respuesta.

4. Tratamiento farmacológico

Las diferentes investigaciones indican que el único tratamiento farmacológico eficaz del TOC son los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), fármacos que aumentan la concentración de serotonina a nivel cerebral. Los fármacos utilizados con más frecuencia son: clomipramina, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina y sertralina. La clomipramina es un IRS no selectivo ya que afecta a otros neurotransmisores, además de la serotonina. Al resto se les llama selectivos (ISRS) porque afectan primariamente solo a la serotonina..

Tratamiento con fármacos

Los fármacos que afectan la acción de la serotonina neurotransmisora (5-HT) en el cerebro pueden reducir significativamente los síntomas del TOC. Más de tres cuartas partes de los pacientes consiguen ayuda con estos fármacos, al menos en parte, y en más de la mitad de los pacientes, la medicación alivia los síntomas del TOC al reducir la frecuencia y gravedad de las obsesiones y compulsiones. La mejoría suele tardar en aparecer al menos tres semanas. La medicación ayuda a controlar los síntomas del TOC, pero, a menudo, si el paciente deja de tomarla, tendrá lugar una reaparición de los síntomas. Incluso después de que los síntomas hayan amainado, la mayoría de las personas tendrán que continuar con la medicación indefinidamente, pero quizás a una dosis más baja.

La eficacia del tratamiento farmacológico:

La mayoría de pacientes muestran mejoría tras 8-10 semanas de tratamiento con IRS. Desgraciadamente, menos del 20% de los pacientes tratados solo con medicación muestran una remisión completa de los

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

síntomas. En general, los pacientes que responden al tratamiento con IRS siguen teniendo pensamientos obsesivos, pero experimentan menos ansiedad y se sienten menos proclives a recurrir a conductas compulsivas para aliviarla. Si un paciente pierde un 15% o 25% menos de su tiempo en pensamientos o rituales obsesivos se considera que el tratamiento está funcionando y debe continuar. Lo habitual es que los síntomas del TOC se reduzcan hasta convertirse en un tipo de actividad de fondo. No obstante, es conveniente utilizar todas las estrategias terapéuticas disponibles para disminuir al máximo la sintomatología.

Efectos secundarios de estos fármacos:

En general los IRS son bien tolerados en los pacientes con TOC. Los ISRS presentan efectos secundarios similares; los más frecuentes son inquietud, nerviosismo, insomnio, náuseas y diarrea. Los efectos colaterales más comunes de la clomipramina son sequedad de boca, sedación, mareos y aumento de peso; puede ocasionar además problemas con la presión sanguínea y alteraciones del ritmo cardíaco. Todos estos fármacos pueden causar disfunción sexual. Hay que tener en cuenta que muchos de estos efectos dependen de la dosis y duración del tratamiento, resultando aconsejable empezar con dosis bajas y aumentar gradualmente. Por otra parte, es importante que la supresión del tratamiento se realice de forma gradual para evitar recaídas.

Duración del tratamiento:

Cuando se ha producido una respuesta adecuada al tratamiento anti-obsesivo, es aconsejable realizar seguimiento mensual durante al menos 6 meses y mantener el tratamiento durante un año como mínimo. Las recaídas son frecuentes al suspender el tratamiento, sobre todo si el paciente no se ha beneficiado de la psicoterapia cognitivo-conductual. Por lo tanto, se recomienda continuar con la medicación si no ha sido posible realizar psicoterapia.

Si el paciente se mantiene asintomático con el tratamiento de mantenimiento y no necesita medicación a largo plazo, se aconseja realizar una disminución gradual del tratamiento farmacológico; para ello se recomienda reducir un 25% de la dosis y esperar 2 meses antes de una nueva reducción, dependiendo de la respuesta observada.

¿Hay que decidir entre tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual (TCC)?

Antes de decidir sobre una opción de tratamiento u otra hay que valorar la intensidad de los síntomas obsesivos, la presencia de otra patología asociada, la disponibilidad para la TCC y las preferencias del paciente. No parece que una opción resulte superior a la otra aunque la mayoría de pacientes mejoran con TCC aislada o con TCC más medicación. En general, la opción más aceptada es la combinación de ambas estrategias.

La necesidad de medicación depende de la intensidad del TOC y de la edad del paciente. En TOC moderado, la TCC suele ser la elección inicial, aunque pueden ser necesarios los fármacos si la psicoterapia no es suficientemente efectiva. En pacientes con síntomas graves o con otras

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

patologías comórbidas suele ser necesario empezar con medicación y agregar psicoterapia cuando se haya producido alguna mejoría. En pacientes jóvenes se prefiere la TCC aislada. Cuando no existe disponibilidad para la psicoterapia, el tratamiento psico-farmacológico será el indicado, debiendo mantenerse de forma prolongada.

Posibles causas de una mala respuesta terapéutica al tratamiento anti-obsesivo

- *Errores en el proceso diagnóstico.* El haber realizado un diagnóstico incorrecto puede ser motivo de una respuesta deficiente al tratamiento. Algunas patologías que pueden inducir a errores diagnósticos son la esquizofrenia, algunos trastornos de la personalidad y las fobias.
- *Errores en el proceso terapéutico.* El tratamiento puede no ser adecuado porque el diagnóstico no ha sido correcto o por una medicación inapropiada o por dosis no correctas o durante un tiempo inferior al recomendado.
- *Mal cumplimiento por parte del paciente,* por falta de motivación, poca comprensión del proceso terapéutico, escaso soporte familiar, etc.

***APENDICE**

Obsesiones

Una obsesión es un suceso mental recurrente y persistente que es vivido como intruso, no deseado y sin sentido y ocasiona ansiedad y malestar. El paciente intenta ignorar o suprimir estas ideas o neutralizarlas con otros pensamientos o acciones. Las obsesiones pueden ser pensamientos, ideas, imágenes, rumiaciones, convicciones o temores y suelen ser de carácter agresivo, sexual o religioso.

Ideas e imágenes obsesivas

Las ideas obsesivas son pensamientos repetitivos que se introducen en la conciencia del sujeto, interrumpen el curso normal del pensamiento y causan malestar o sufrimiento. Las imágenes obsesivas son imágenes visuales, representaciones o escenas imaginadas de gran intensidad que reiteradamente asedian su mente.

En unas y otras el contenido puede ser sexual, violento, repugnante o absurdo.

Rumiaciones

Las rumiaciones obsesivas son cavilaciones interminables y agobiantes, generalmente improductivas sobre un tema concreto con exclusión de otros intereses. No llevan a ninguna conclusión satisfactoria ya que no se atienen a un discurso lógico con razonamientos que lleven a una resolución final. El tema suele ser filosófico, religioso o metafísico y conduce a un análisis profundo siempre inacabado sobre las causas y el sentido de las cosas, sobre el paso del tiempo, los límites del universo, etc. Por ejemplo, el paciente que se pregunta durante años y de forma reiterada sobre la existencia o inexistencia de Dios.

"Ideas de contraste"

Se trata de fenómenos en los que una idea de matiz positivo desencadena otra de matiz opuesto. Por ejemplo, la persona religiosa a la que asaltan pensamientos sacrílegos o blasfemos ante la contemplación de una imagen religiosa.

Aritmomanía

Recibe este nombre la tendencia a contar, recordar cifras o realizar operaciones aritméticas. En muchos casos, la acción de contar es un acto defensivo que se realiza para evitar supuestas desgracias.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

Temores obsesivos y en qué se diferencian de las fobias

Se trata de temores irracionales cuyos contenidos se basan en la temática general de los escrúpulos: temor a la contaminación, a las enfermedades, a los gérmenes, a lesionar a alguien, a las armas potenciales como cuchillos o tijeras, a la suciedad o a lo impuro o lo descompuesto. Estos temores condicionan conductas de evitación; estas personas no utilizan los lavabos públicos, no tocan los picaportes de las puertas, los periódicos o billetes. Aunque al referirse a estos temores se habla de temores fóbicos, deben ser diferenciados de las auténticas fobias.

Es importante distinguir entre fobias obsesivas y fobias auténticas que son las que aparecen en los pacientes fóbicos. Se diferencian en que las fobias genuinas tienen un componente más ansioso que racional, son más influenciables, se refieren a estímulos concretos, generan conductas más acordes con el temor, son circunscritas, se relacionan con frecuencia con crisis de angustia y dan lugar a conductas de evitación bastante eficaces (Tabla 2)

Tabla 2: Diferencias entre fobias genuinas y fobias obsesivas. De Vallejo, J., 1986

Fobias genuinas	Fobias obsesivas
Mayor ansiedad	Más complejidad
Componente ansioso	Componente racional
Accesibles	Defensas sistematizadas
Influenciabilidad	Influenciabilidad escasa
Conmutabilidad	Perseveración
Temores concretos	Temores mágicos
Conductas acordes con el temor	Rituales independientes del temor
inicio con crisis de angustia	Ausencia de crisis de angustia
Circunscritas	Invasivas
Conducta de evitación eficaz	Ineficacia de la conducta de evitación
Buen pronóstico	Pronóstico sombrío

¿En qué se diferencia una compulsión de una impulsión?

La impulsión representa una necesidad de acción imperiosa, en ocasiones irresistible, que empuja al sujeto a realizar actos irracionales, en ocasiones brutales y peligrosos; no existe duda y el sujeto no lucha contra este impulso, lo cual supone una descarga pulsional directa. Por contra, en la compulsión existe una lucha por parte del sujeto contra la pulsión la cual por lo general queda neutralizada e irreconocible, sin prácticamente ningún impacto en la realidad.

Compulsiones mentales

Es importante tener en cuenta que las compulsiones pueden ser tanto conductuales como mentales. Las compulsiones mentales son bastante frecuentes y debe interrogarse sobre ellas directamente ya que pueden pasar desapercibidas si se investiga únicamente sobre los rituales conductuales. Al igual que las conductas, se realizan con la finalidad de reducir la ansiedad o evitar un daño. Estos pacientes, por ejemplo, pueden repetir dentro de su mente conversaciones que han tenido con otras personas para estar seguros de no haber dicho nada que pueda perjudicarles. En los estudios de campo del DSM-IV, el 80% de pacientes presentaban compulsiones mentales y conductuales simultáneamente, siendo las compulsiones mentales las más frecuentes tras las de limpieza y comprobación.

**

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

¿En qué se diferencia una idea obsesiva de una idea delirante?

En contraste con las ideas delirantes del psicótico, que muestra una sensación de certeza prematura, el rasgo distintivo del pensamiento obsesivo es la duda o ausencia de certeza. Los pacientes afectos de un TOC no llegan a la certeza o acuerdo entre sus creencias internas y la información que reciben a través de sus sentidos. La obsesión es *egodistónica*, el paciente se resiste y reconoce que procede de su interior. La ideación delirante no provoca la resistencia del individuo que la considera procedente del exterior.

Contenidos más frecuentes de las obsesiones

1. Temas de escrupulosidad física y de protección corporal. Obsesiones centradas en la suciedad y la contaminación. Los temores a la contaminación, generalmente centrados en gérmenes son los más frecuentes de la patología obsesiva. Suelen generar gran cantidad de rituales, sobre todo de lavado a través de los cuales se elimina, solo de forma muy transitoria el temor fóbico.
2. Temas de protección ante peligros futuros. Se trata de presagios catastróficos propios y ajenos que llevan al paciente a conjurarlos con extrañas fórmulas ("si hago, digo o pienso tal cosa no ocurrirá determinado suceso"). Son frecuentes los rituales de recuento (repetir acciones determinado número de veces para prevenir sucesos indeseados)
3. Obsesiones somáticas. El temor irracional se centra en el desarrollo de una supuesta enfermedad corporal
4. Temas de orden y simetría. El sujeto dedica gran parte de su tiempo a organizar, arreglar, programar, verificar ideas, etc., en relación con una necesidad patológica de controlar el mundo exterior. Con frecuencia el sujeto sufre temores recurrentes a que ocurra algo malo si los objetos no están simétricos lo que conduce a comportamientos meticulosos repetitivos
5. Temas morales. Se expresan en forma de escrupulosidad moral y sentimientos de culpabilidad.
6. Temas religiosos, sagrados y metafísicos, que van desde las ideas de contraste a las cavilaciones filosóficas interminables.
7. Temas de precisión. El sujeto, en su afán de perfeccionismo se muestra siempre insatisfecho de sí mismo en el ámbito de aspecto físico, afectos o capacidad intelectual. Conduce, por ejemplo, a una necesidad inacabable de revisar su trabajo que conlleva comprobaciones estériles continuadas.
8. Temas referidos al paso del tiempo. El paciente necesita controlar el tiempo. Esto se expresa, en ocasiones, como un ansioso temor a olvidar hechos, personas, frases, etc., lo que le lleva a anotar y recoger datos que precisa recordar.

Tipos de rituales más frecuentes

1. Rituales de limpieza y de lavado. Los pacientes pueden llegar a lavarse las manos 20 o 30 veces al día o ducharse durante varias horas.
2. Rituales de recuento. Los pacientes repiten acciones cierto número de veces para prevenir sucesos indeseados. El número de veces puede ser dictado por números mágicos.
3. Rituales de comprobación. Los pacientes comprueban repetidamente si la puerta está cerrada, si el horno está apagado, si el enchufe está desenchufado, etc. En otros casos realizan comprobaciones para estar seguros de no padecer ninguna enfermedad
4. Comportamientos meticulosos. Los pacientes se aseguran que los objetos están en el orden adecuado o situados de forma simétrica.

**

Apuntes de clase

**

Trastornos de la conducta y de la personalidad
2008-2009
Araceli del Pozo Armentia

Tabla diferencial entre el ritual normal y el patológico en la infancia (Vallejo-Ruiloba 1987)

RITUAL NORMAL	RITUAL PATOLÓGICO
1. Es experimentado como placentero y lúdico	1. Va acompañado de ansiedad 2.
2. La interrupción del ritual no provoca agresividad ni irritabilidad	3. La interrupción provoca agresividad e irritabilidad
3. Carece de cualquier consecuencia negativa	4. Interfiere en la organización de la vida cotidiana 5.
4. La única finalidad es lúdica o práctica	6. El ritual obsesivo es finalista: mediante su práctica se intentan suprimir o mitigar sentimientos, actos o consecuencias.
5. No se percibe como perturbador por padres o profesores	7. Es percibido como perturbador por los padres y maestros

10. BIBLIOGRAFÍA

- American psychiatric association (1999). Estudio de casos. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Freedman, A.M., Kaplan, K.A..(eds.). (2000). Tratado de psiquiatría. (2 vols. Barcelona: Salvat.
- García Villamisar, D. & Polaino Lorente, A. (1994) Epidemiología de la depresión infantil en Madrid edit. AC
- Hales, R. E., Yudofsky. C. & Talbott, J. A. (2000). DSM-IV. Tratado de psiquiatría. Masson.
- Polaino-Lorente, A. & García Villamisar, D. (1988) Las depresiones infantiles. Morata.
- Polaino-Lorente, A. (1986). Manual de psicología patológica. Uned.
- Polaino y col. Fundamentos de psicología de la personalidad. ICH. 2003.
- Rodríguez Sacristán, J. (1995). Psicopatología del niño y del adolescente. Universidad de Sevilla.
- García Villamisar, D. y col., (En preparación) Las obsesiones y la vida cotidiana.

**

Apuntes de clase