

## 3

**Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.).****Breve Revisión Bibliográfica**

Sonia Kodysz\*

**Introducción**

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se clasifica en el DSMIV como un Trastorno de Ansiedad, manifestado con obsesiones, compulsiones o ambas, que causan perturbación significativa en el área social o personal. A lo largo de la vida tiene una tasa de prevalencia de 2.5 % en Estados Unidos. Produce gran gasto económico al Estado debido a que interfiere marcadamente en las relaciones laborales del individuo. Deteriora sus vínculos interpersonales, aislándolo de la Sociedad.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo suele iniciarse en los primeros años de la vida adulta, pero también puede tener inicio en la infancia. La mitad de los pacientes tiene síntomas a los 25 años y las tres cuartas partes a los 30. Se halló un inicio más precoz en los hombres.

El tratamiento del paciente que sufre de TOC es un gran desafío para los profesionales del equipo de Salud Mental y sobretodo para el propio paciente. Como dice Vallejo Ruiloba el capítulo de los trastornos obsesivos constituye uno de los más abandonados y desconocidos de la patología psiquiátrica.

**Historia**

La palabra obsesión (del latín *obsidere* que significa asediar, investir, bloquear) es

utilizada por primera vez en su sentido actual por Watburgen 1799. (J. Vallejo Ruiloba 1991) La primera descripción del cuadro que actualmente se define como TOC en la literatura fue en 1838 y corresponde a Jean Etienne Dominique Esquirol.

La obra de Janet sobre Las obsesiones y la psicoastenia (1903) fue importante en el estudio de estos trastornos.

A comienzos del siglo XX surgieron las teorías psicológicas de la neurosis obsesivo-compulsiva. Con los escritos de Sigmund Freud se conceptualiza la neurosis obsesiva como derivado de conflictos inconscientes.

A partir de la década del 50, con el advenimiento de la terapia conductual, las teorías del aprendizaje utilizadas para las fobias se aplicaron al TOC.

El TOC es descrito con dicho nombre (1995) en el DSMIV y CIE10.

En la década del 90 se comenzó a hablar del Espectro Obsesivo Compulsivo, que sería un grupo de síndromes relacionados. Costa incluye un conjunto de trastornos en este espectro.

Como ha señalado Berrios (1987), la etiología y nosotaxia de los estados obsesivos ya fueron fuente de confusión y discusión en el siglo XIX, donde se discutió su origen intelectual, emocional o volitivo.

*En los últimos años, la investigación biológica del TOC avanzó a partir de estudios farmacológicos, de imágenes cerebrales y genéticos. La aparición de nuevos psicofármacos, en algunos casos con respuesta positiva en el tratamiento habla de cierta fisiopatología subyacente.*

\*Médica psiquiatra. Docente de la Cátedra de Psicofarmacología, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Maestrando en Psiconeurofarmacología. Universidad Favaloro

## Hipótesis sobre bases neurobiológicas del T.O.C.

Estudios por neuroimágenes funcionales y no funcionales y pruebas farmacológicas nos dan información a tener en cuenta para pensar en una hipótesis neurobiológica en el TOC .

Diversos autores como S.Saxena ,A.Brody, M.L.Ho ,L.R.Baxter,etc, a partir de estudios de neuroimágenes (PET) analizan el metabolismo cerebral en TOC y, Depresión Mayor en comorbilidad y en forma separada. Los síntomas obsesivos-compulsivos son comunes en pacientes con Depresión Mayor. La frecuente comorbilidad de estos trastornos sugiere importante relación entre ellos.

Entre el 60-80% de pacientes con TOC desarrollan Episodios de Depresión Mayor a lo largo de su vida.y una 1/3 parte de los pacientes concurren a ser evaluados con Depresión Mayor.

También en el curso de Episodios Depresivos hay síntomas obsesivos-compulsivos en un 22-38% del total de pacientes diagnosticados con Depresión Mayor como diagnóstico primario.

La asociación de ambas tiene que ver con un curso crónico, mas hospitalización e intentos suicidas.

Debido a la alta comorbilidad se estudió si hay una fisiopatología en común entre TOC y T DM. En estudios de neuroimágenes cerebrales (PET)en pacientes con TOC sin Depresión Mayor(L.R.Baxter) se vió elevado el metabolismo de glucosa y aumento del flujo sanguíneo cerebral en corteza orbitofrontal (Baxter),cabeza del caudado, tálamo y corteza cíngular anterior.

En la DM ,en PET, mostraron disminución del metabolismo de glucosa, y de flujo sanguíneo en corteza prefrontal dorsolateral izquierdo, núcleo caudado, comparados con sujetos control-normales.

Baxter en 1989 refiere que la disminución del metabolismo o flujo sanguíneo cerebral en corteza prefrontal dorsolateral izquierda es común en los tres tipos de depresión ,1-Trastorno Depresivo Mayor 2-Depresión en Trastorno Bipolar 3-TDM con comorbilidad con TOC. Baxter concluye que en la Depresión disminuye la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral y que en el TOC solo, aumenta el metabolismo de la

glucosa en corteza prefrontal , caudado y tálamo.

En TOC y TDM hay diferentes patrones fisiopatológicos y en la comorbilidad hay superposición entre ambos patrones ,donde ellos actúan en forma independiente.

En Tomografía Axial Computada se encontró hipertrofia ventricular.y el núcleo caudado de menor tamaño .en pacientes con TOC comparados con sujetos sanos.

En Resonancia Magnética se encontraron anomalías en la regiones frontales

Dichos estudios por neuroimágenes funcionales y estructurales muestran compromiso de corteza prefrontal y ganglios de la base. En el TOC se produciría un desbalance funcional en el sistema cortico-limbico-basoganglionar-talámico.

Debido a la respuesta terapéutica positiva obtenida en algunos pacientes con inhibidores selectivos de la recaptación de de serotonina (IRSS) ,y no selectivos (Clorimipramina), se pensó en la existencia de una disregulación serotoninérgica en los pacientes respondedores a estos psicofármacos.

## Criterios diagnósticos del T.O.C. según el DSM-IV y el DSM-IV TR

A- Se cumple para las obsesiones y compulsiones:

Las obsesiones se definen como 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.

Los pensamientos , impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes ,o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente

Las compulsiones se definen por comportamientos o actos mentales 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.

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 su operaciones mentales o bien no están conectados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B- En algún momento del curso del trastorno la persona a reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C- Las obsesiones o compulsiones provocan malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen mas de una hora diaria) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales ,(o académicas) o su vida social.

D- Si hay otro trastorno del Eje I el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él .(por ejemplo: preocupaciones por la comida en un Trastorno de la alimentación, preocupación por las drogas en un Trastorno por consumo de sustancias ,etc)

E-El Trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad medica.

### Características Clínicas

Los comportamientos obsesivos – compulsivos suelen existir muchos años antes del que paciente llegue a la consulta .con un profesional .El inicio de los síntomas generalmente es gradual pero a veces es brusco. Puede comenzar como pensamientos intrusivos , como imágenes violentas que entran en la mente. También puede comenzar con rituales, comportamientos repetitivos .Las obsesiones y compulsiones pueden ser más de una y pueden cambiar en el transcurso del tiempo .Los síntomas múltiples son la norma.

Los pacientes pueden resistirse a describir sus síntomas por vergüenza .Los que divulgan sus obsesiones reconocen que sus ideas o impulsos son irracionales.

#### Tipo de obsesiones

- de contaminación (miedo a la suciedad o a contraer enfermedades)
- de agresión
- de temores corporales
- de simetría ,orden
- de exactitud

Los temores obsesivos caen dentro de dos tipos principales:

- temor al daño (a sí mismo o a los demás)
- sensación de intranquilidad (amenaza inminente inespecífica).

#### Tipo de compulsiones:

- compulsión a la limpieza (lavado de las manos reiterados)
- de chequeo y control (llaves de gas, desenchufar plancha,
- apagar y encender luces varias veces, cerrar con llave la puerta en forma reiterada, leer el mismo párrafo varias veces, etc)

La compulsión puede aliviar parte de la ansiedad generada por una obsesión. Ej: un paciente luego de tocar objetos que consideraba sucios, y que sufre de la obsesión de contaminación puede requerir llevar a cabo distintas compulsiones, ( lavarse las manos en forma repetida., hasta que se sienta limpio y temporalmente disminuya la ansiedad. relacionada con la obsesión., puede comprobar ,pidiendo seguridad, etc.) y también puede realizar compulsiones parecidas frente a diferentes obsesiones.(temor a cometer algún error o daño ,a perder a algún objeto y otros) Las compulsiones pueden consumir mucho tiempo teniendo un impacto muy negativo en el funcionamiento del individuo.

Las compulsiones cognitivas igual que las compulsiones manifiestas tratan de reducir la ansiedad (contar hasta un numero específico antes de apagar el gas o la llave de luz , rezar , etc) .

El reasegurarse cualquier hecho ocurrido en la realidad a través de preguntas a un familiar o persona de confianza suele ser otra forma de conducta compulsiva.

Las obsesiones y/o compulsiones en el TOC causan un deterioro social y ocupacional marcado acompañándose de intenso malestar, características que las diferencian de pensamientos intrusivos en los demás sujetos.

## Comorbilidad

Es importante establecer la comorbilidad con otros trastornos antes de comenzar el tratamiento del Trastorno obsesivo-compulsivo, ya que en determinados casos la terapia cognitiva-conductual de los pensamientos obsesivos debería demorarse o podría estar contraindicada.

- Pacientes con Depresión Mayor: Un tercio de los pacientes con TOC desarrollan depresión secundaria de importancia clínica, y pueden requerir tratamiento antes de intervenir sobre los pensamientos obsesivos.
- En caso de Trastorno por estrés post-traumático o Trastorno por angustia comórbidos podría estar indicado el tratamiento de estos últimos en primer lugar, debido a que la exposición eficaz a los estímulos de la obsesión podría ser difícil.
- En pacientes con abuso de sustancias psicoactivas comórbidos puede estar contraindicado el intervenir en los pensamientos obsesivos con técnicas cognitivo-conductuales
- Alcoholismo
- Otros Trastornos de Ansiedad: Fobia Social,
- Trastornos Alimentarios
- Trastorno obsesivo compulsivo de la Personalidad
- Esquizofrenia
- Síndrome de la Tourette

## Diagnóstico diferencial

### 1. *Fenómenos obsesivoides normales*

Los hábitos y compulsiones pueden ser comportamientos humanos frecuentes.

Requieren tratamiento cuando son lo bastante perturbadores o consumen mucho tiempo, interfiriendo en el funcionamiento cotidiano del paciente.

### 2. *Trastorno obsesivo – compulsivo de la Personalidad*

este trastorno puede ser diagnosticado erróneamente como TOC. El TOCP es un trastorno de Personalidad diagnosticado en el Eje II del DSMIV. Se distingue del TOC por la falta de obsesiones, compulsiones, rituales y ansiedad grave. Las cogniciones y comportamientos del TOC son perturbadores o distónicos para el paciente. Los rasgos del TOCP son perdurables mientras que los síntomas en el TOC suelen aumentar y disminuir de intensidad.

### 3. *Trastornos Depresivos*

Estos pacientes a veces tienen rumiaciones de un tema específico que pueden confundirse con obsesiones.

### 4. *Otros Trastornos de Ansiedad*

**Fobia simple:** La evitación fóbica de ciertas situaciones que generan ansiedad como la suciedad o contaminación es muy frecuente en el TOC, pero la presencia de rituales u obsesiones aclara el diagnóstico

**Trastorno de ansiedad generalizada:** las obsesiones no son simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

### 5. *Esquizofrenia*

A veces las obsesiones son tan graves que el paciente duda de que sus preocupaciones sean realistas, pero luego de una larga discusión aceptan la posibilidad de que sus creencias sean erróneas. En la idea delirante hay una convicción cuya característica es la irreductibilidad.

## **Tratamiento del T.O.C.**

La psicoterapia y el abordaje psicofarmacológico es la indicación terapéutica en el tratamiento del paciente que sufre de TOC.

.Greist y Jefferson (1998) en cuatro estudios con IRSR y terapia conductual comparadas y combinadas vieron que la tasa de recaídas luego de la discontinuación de terapia conductual era considerablemente mas baja que luego de discontinuar tratamiento farmacológico. Tres de estos cuatro estudios muestran modesto apoyo a la idea que la combinación de psicoterapia /psicofarmacología produce mayor efecto terapéutico.

La escala para las obsesiones-compulsiones de Yale-Brown es una escala de evaluación clínica utilizada para la comparación de tratamientos cognitivos-conductuales y farmacológicos. Proporciona un panorama general de la sintomatología obsesivo-compulsiva, su gravedad actual y se compara con los resultados obtenidos pre-tratamiento.

### ***Tratamiento psicoterapéutico del T.O.C.***

Mas allá de la técnica psicoterapéutica utilizada para el tratamiento de esta patología ,es importante que el terapeuta tenga una sólida formación psicodinámica , donde su escucha le permita establecer hipótesis acerca del porqué del sufrimiento del paciente e indicar la .

técnica mas adecuada para cada sujeto.

**Tratamiento Conductual**

Basándose en la teoría del aprendizaje sobre el desarrollo del toc, se han utilizado dos técnicas conductuales para el tratamiento de las obsesiones y compulsiones.

Con mayor frecuencia se usa la exposición directa a las situaciones temidas ,empezando con las situaciones menos perturbadoras .A su vez se trata de prevenir la respuesta o evitar los rituales. Este tratamiento conductual es conocido como exposición y prevención de respuesta (ERP) y es de difícil aplicación en pacientes rumiantes o que no tienen conductas de rituales manifiestos.

Cuando las situaciones temidas no pueden replicarse fácilmente in vivo ,la exposición imaginada es una técnica añadida útil.

**Tratamiento Cognitivo**

La terapia racional emotiva (TRE) produjo beneficios equivalentes a los de exposición y prevención de la respuesta(Emmelkamp y Beens,1991; Emmelkamp,Visser y Hoekstra,1988 )

Para el TOC se han utilizado el modelo de tratamiento de terapia cognitiva de Beck y se ha comprobado sus efectos..para corregir las creencias disfuncionales. La hipótesis cognitiva de Salkovskis,(1985) se basa en terapias de la conducta.(enfoque cognitivo-conductual) Refiere que el problema en estos pacientes es que tienden a interpretar en forma disfuncional su propio funcionamiento mental , el malestar se debe a la evaluación del propio paciente de los contenidos de los pensamientos obsesivos ,esforzándose demasiado en controlarlos.(sobrecontrol)

Hay creencias distorsionadas sobre su "responsabilidad" , la persona cree que es la causa del daño a sí mismo o a otro a menos que realice una acción preventiva o reparadora. Una manera de que una persona cambie una interpretación disfuncional es ayudarla para crear una interpretación alternativa menos amenazadora.

El tratamiento cognitivo modifica creencias relacionadas que llevan a la mala interpretación de pensamientos obsesivos., trata de que el paciente entienda que sus creencias y esfuerzos relacionados a evitar daños son innecesarios y que les genera los problemas que ellos padecen.

Salkovskis refiere que el objetivo de el psicoterapeuta es permitirle ver a el paciente el problema como un problema de pensamiento y no como un peligro real de daño

### ***Tratamiento farmacológico del T.O.C.***

En 1967 Fernandez –Cordoba y Lopez-Ibor reportaron los beneficios del tratamiento con Clomipramina.En Estados Unidos y otros países a fines de la década del 80 principios de los 90 fueron aprobados los primeros tratamientos del TOC.

La clomipramina difiere de otros antidepresivos tricíclicos en que tiene la

particularidad de ser un potente inhibidor de la recaptación serotoninérgica. Es no-selectivo para la serotonina. También su metabolito es inhibidor de la recaptación de noradrenalina.

Según la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (escala que brinda tasas confiables de gravedad de los síntomas de obsesiones y compulsiones, ansiedad y de los síntomas depresivos) se vió una reducción del 40% de los síntomas en pacientes medicados con clomipramina comparados con 5% que recibieron placebo.

Koran, en 1996, sostiene que clomipramina e ISRS son equivalentes en el tratamiento de TOC. Sin embargo la clomipramina todavía puede ser una droga a considerar en pacientes no respondedores a los ISRS, debido a sus efectos colaterales que provoca a las altas dosis que deben ser utilizadas en el TOC. Quedando como primera opción los ISRS.

Koran, 1997, refiere que la clomipramina inyectable intravenosa evita el primer paso de metabolismo hepático, generando efectos adversos menos severos.

Según datos estadísticos, entre el 40-60 % de pacientes con TOC son no-respondedores a la monoterapia farmacológica. De los pacientes que mejoran, la respuesta es Parcial., entre un 30-60% de los síntomas.

Los ISRS que son antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y la Clomipramina que inhibe principalmente la recaptación de dicho neurotransmisor, son las drogas aprobadas por la FDA (U.S Food and Drug Administration), consideradas de primera elección en el tratamiento del TOC.

Dentro de los IRSS fueron aprobados, la fluoxetina, paroxetina, sertralina, y fluvoxamina.

Es importante recordar que la dosis de antidepresivos utilizadas es mas altas que para el tratamiento de la depresión. Las dosis indicadas son: fluoxetina 80 mg /día, paroxetina 60 mg/día, sertralina hasta 200 mg/día y fluvoxamina hasta 300mg /día. En el caso de la

sertralina a diferencia de las anteriores drogas no se vió relación dosis-efecto, (diferencias entre 50, 100, 150, y 200 mg.) Por eso se indica comenzar el tratamiento con 50 mg/día de sertralina y mantener esta dosis por cuatro semanas antes de aumentar la dosis.

La clomipramina está indicada en dosis de hasta 225 mg/día, comenzando con dosis bajas, se va subiendo progresivamente.

El tiempo de latencia, o sea el tiempo que tarda en aparecer la respuesta, es mas prolongado que para la depresión. Se mide a los tres meses. La mejoría es mayor con el paso del tiempo.

Se recomienda en un primer momento indicar un ISRS ya que si bien la clomipramina es muy eficaz por su efecto antiobsesivo, su inconveniente son los efectos adversos sobretodo a las altas dosis que son necesarias en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Dentro de los ISRS se sugiere comenzar con la fluoxetina y esperar la respuesta terapéutica hasta tres meses. Si a las doce semanas no hay respuesta se pasa a clomipramina.

Si el tratamiento comenzó con clomipramina y no hay respuesta terapéutica a las doce semanas se indica un ISRS.

Si en esta segunda indicación luego de tres meses tampoco hay respuesta terapéutica, (tanto con ISRS como con clomipramina) se prueba con otro ISRS esperando también las doce semanas correspondientes.

Frente a el fracaso de las indicaciones anteriores se piensa en estrategias combinadas.

Se probó buspirona a dosis 60 mg/día, trazodona dosis de 200 mg. El agregado de litio, gabapentin y buspirona produjo limitados beneficios.

El agregado de antipsicóticos, como pimozida o haloperidol, resultó útil en pacientes con personalidad esquizotípica o tics.

Koran 2000, Saxena 1996, la olanzapina y risperidona fueron agregados con buenos resultados en casos de respuesta parcial a los ISRS, en este ultimo grupo de pacientes.

***El tratamiento farmacológico del T.O.C. es crónico, con altas dosis de antidepresivos. Tiene un tiempo de latencia prolongado, alta tasa de recaídas del cuadro clínico. Y respuesta farmacológica parcial.***

***Como primera opción farmacológica primero hay que pensar en la monoterapia ya que se evitan los efectos de las interacciones medicamentosas.***

***La comorbilidad complica el manejo farmacológico.***

Bibliografía

---

1. Ferrali J.Carlos.Las obsesiones y el arte de la clinica,Desarrollos en Psiquiatria Argentina.Apsa1996.
2. Keegan Eduardo , Psicoterapias , material bibliográfico de cátedra II , Facultad de Psicología UBA titular :Dr Keegan
3. Jacobson James L. Secretos de la Psiquiatria.Ed Mc Graw Hill,Mexico,2002
4. Sanjaya Saxena,MD ;Arthur L Brody,MD; Matthew L.Ho,BS;Shervin Alborzian,BS;Karron M.Maidment,RN;Narineh Zohrabi,BS;Mai K.Ho ,BS ;Sung-ChengHuang ,PhD, Lawis R .Baxter. Differential Cerebral Metabolic Changes With Paroxetine Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder vs Mayor Depression, arch gen psychiatryvol59 mar 2002.
5. Kaplan,Alicia;Hollander Eric.A Review of Pharmacologic Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder.psychiatryonline.org.Agosto 2003
6. Kaplan Harold;Sadock Benjamín.Tratado de Psiquiatria volumen II intermedica,Maryland USA sexta edición 1995
7. Sanjaya Saxena,MD;ArthurL. Brody, MD;Karron M. Maidment,RN ;Hsiao-Ming Wu ,PhD ; Lewis R Baxter,Jr,MD Cerebral Metabolic in Major Depression and Obsessive-Compulsive Disorder Occurring Separately and Concurrently Society of Biological Psychiatry ,2001
8. Schatzberg Alan M; Nemerof. Charles B., Textbook of Psychopharmacology.The Amerian Psychiatric Publishing,3<sup>rd</sup> ed.Estados Unidos ,2004-
9. Zieher Luis M ;Psiconeurofarmacología clinica,3ra edición,Bs As,Abril de 2003
10. Disorders Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric.2004-American Psychiatric Association
11. DSM-IV Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales .Masson,S.A1995
12. DSM-IV-TR Manual diagnostico y estadístico de los tratornos mentales.2000