



Trastorno obsesivo compulsivo

P. Sanz Vellosillo y A. Fernández-Cuevas Vicario

Servicio de Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Actualización
- Trastorno obsesivo compulsivo
- DSM-5
- Clínica de las obsesiones y compulsiones

Keywords:

- Update
- Obsessive-compulsive disorder
- DSM-5
- Clinical features

Resumen

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos o imágenes recurrentes que se experimentan como intrusivas e inapropiadas y generan malestar significativo. Las compulsiones son conductas o actos mentales que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión para neutralizar la ansiedad que esta le genera. Muchos pacientes tienden a esconder sus síntomas por vergüenza, por lo que pueden pasar varios años entre la aparición de los síntomas y la introducción de un tratamiento adecuado. A nivel etiológico se considera que el TOC pueda ser consecuencia de múltiples variables. Diferentes modelos etiopatogénicos se han utilizado para explicar el origen del trastorno, desde las aproximaciones psicoanalíticas a las teorías cognitivas y biológicas que postulan disfunciones en los circuitos frontobasales, basándose en los hallazgos en neuroimagen y en la respuesta farmacológica, no pudiéndose establecer a día de hoy una causa definitiva del trastorno.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder

Obsessive-compulsive disorder (OCD) are characterized by the presence of obsessions and compulsions. Obsessions are recurrent thoughts or images that are experienced as intrusive and inappropriate and generate significant distress. Compulsions are behaviors or mental acts that the person feels driven to perform in response to an obsession to neutralize the anxiety that this generates. Many patients tend to hide their symptoms shame for what may be several years from the onset of symptoms and the introduction of appropriate treatment. A etiological level is considered that OCD may result from multiple variables. Different pathogenetic models have been used to explain the origin of the disorder, from psychoanalytic approaches to cognitive theories and biological theories that postulate dysfunctions in frontobasales circuits based on the findings in neuroimaging and pharmacological response and can not be set today a definitive cause of the disorder.

Historia y nosología del trastorno obsesivo compulsivo

La problemática de los cuadros obsesivos es tan antigua como el reconocimiento clínico de su existencia¹.

Según Berrios² en su magnífico análisis sobre el tema, en casi todas las culturas y períodos históricos se han identifica-

do formas obsesivas de conducta, pero el significado de términos como obsesión, compulsión, idea imperativa, escrúpulo, etc. no adquiere verdadero desarrollo en la clínica psiquiátrica hasta finales del siglo XIX.

Superada la doctrina de las monomanías de Esquirol (1838), quien situaba las obsesiones junto con los delirios como un tipo de delirio parcial, en la segunda mitad del siglo

XIX se acuñan términos como *délire émotif* (Morel), *délire de toucher* (Legrand de Saulle), *folie de doute* (Falret) o *zwangvorstellung* o literalmente representación que fuerza u oprime (introducido por Krafft-Ebing y desarrollado posteriormente por otros autores como Westphal). En la literatura anglosajona, *zwangvorstellung* se traducirá como obsesión en Gran Bretaña y como compulsión en Estados Unidos, que dará lugar al término actual de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como solución de compromiso.

Con las aportaciones de estos y otros muchos autores, el empeño imperante a finales del siglo se centró en la delimitación entre delirio y obsesión por un lado, y en el esclarecimiento de la naturaleza del trastorno como una alteración del intelecto, de las emociones o de la volición.

Será con Morel y su delirio emotivo con el que se iniciará la tendencia a clasificar las obsesiones como un trastorno emocional o de origen psicológico, hipótesis que será ampliamente desarrollada posteriormente por diversos autores y que se complementará por las obras de Janet y Freud, siendo su integración en el campo de las neurosis la opinión generalizada durante décadas en el siglo XX, tradición esta heredada por las clasificaciones internacionales que hasta hace muy poco han situado el TOC entre los trastornos de ansiedad (DSM-IV)³ o en el seno de los trastornos neuróticos, secundario a situaciones estresantes y somatomorfos (CIE-10)⁴.

Hasta la reciente 5.ª edición del DSM no se ha creado la categoría de “Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados”, reconociendo el TOC como un trastorno independiente⁵.

Epidemiología

Se estima una prevalencia del TOC del 2-3% en la población general, manteniéndose las cifras entre diferentes culturas y áreas geográficas⁶.

La edad media de inicio del TOC es de 19,5 años, aunque la edad de aparición es anterior en los hombres que en las mujeres; la aparición después de los 35 años es rara pero puede ocurrir⁷. Algunos autores admiten que el síndrome obsesivo no aparece antes de la pubertad; sin embargo, otros describen trastornos obsesivos compulsivos a una edad más precoz. Según E.J. Anthony, en torno al 20% comienza antes de los 15 años y del 50 al 60% lo hace antes de los 20⁸.

Cuadro clínico

El DSM-V diferencia los dos fenómenos esenciales del cuadro: obsesión y compulsión que fundamentan la denominación de TOC.

Obsesiones

Son ideas, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes vivenciados como intrusos y absurdos que se imponen al sujeto, que ofrece una resistencia generalmente sin éxito, y que

generan acusado malestar. Según K. Schneider: “obsesión es que un sujeto no pueda desprenderse de contenidos de consciencia, aunque al mismo tiempo las juzgue carentes de sentido en cuanto a su contenido o, al menos, dominantes y persistentes sin una razón adecuada”⁹. Clásicamente se describieron como caracteres centrales de las obsesiones la incoercibilidad, el automatismo, la resistencia y la conciencia de la enfermedad¹⁰ y de forma similar para Pujol y Savy¹¹ las obsesiones se caracterizan por su: carácter insólito y parásito; carácter repetitivo y punzante; lucha ansiosa del psiquismo y atmósfera de duda.

Uno de estos conceptos que ha sido ampliamente abordado es precisamente esta lucha interna o resistencia tan característica que establece el paciente contra los impulsos o pensamientos obsesivos y que se ha considerado como el núcleo central de la patología obsesiva. No obstante, autores más recientes han constatado que a pesar de constituir un fenómeno común, puede variar según las circunstancias y el período de enfermedad¹², pudiendo debilitarse durante la evolución.

Las obsesiones se pueden clasificar según la forma y según el contenido.

Según la forma pueden manifestarse como impulsos que cuando son de contenido agresivo o sexual a veces dan lugar a fobias de impulsión o temores a ceder al impulso, de imágenes o representaciones, de temores obsesivos generalmente ligados a temas de contaminación o somáticos y en forma de dudas.

En cuanto al contenido de las obsesiones, siguiendo a Green (1965) y Vallejo (2006)¹³:

1. Temas religiosos, sagrados y metafísicos (pensamientos sacrílegos y blasfemos en relación con personajes sacros, como por ejemplo imaginarse a un santo sin enaguas, o cavilaciones pseudofilosóficas interminables).

2. Temas morales (ideas de escrupulosidad moral en cuanto a una ley o principio, dudas sobre el propio cumplimiento y culpabilidad ante una supuesta transgresión).

3. Temas de pureza y protección corporal (centrados en la limpieza y contaminación).

4. Temas de protección ante peligros interiores o exteriores (presagios catastróficos que llevan a la persona a conjurarlos con curiosas formas mágicas para prevenirlos: “si no pienso o digo tal cosa sucederá algo terrible”; en este grupo también se encontraría el grupo de los comprobadores, aquellos que son asolados por dudas y comprobaciones incessantes que tienen como finalidad prevenir desgracias)

5. Temas de orden y de simetría (necesidad de orden que lleva al sujeto a invertir gran parte de su tiempo en programar, organizar, verificar ideas, etc.).

6. Temas de precisión y de completitud (afán permanente e inconcluso de perfeccionismo tanto a nivel de aspecto, como de los propios afectos o de las capacidades intelectuales o laborales; el sujeto siempre se encuentra insatisfecho y en constante autocuestionamiento en estos aspectos).

7. Temas referentes al paso del tiempo (por ejemplo, el temor ansioso a olvidar le lleva a anotaciones sobre aquello que tenga que recordar con exactitud).

8. Temas de acumulación (los objetos suponen una fuente de comodidad y seguridad).

Compulsiones

Son actos que se realizan frente a una obsesión con la finalidad de disminuir el malestar o ansiedad asociados, o para neutralizar algo que se trata de prevenir mediante un proceso de pensamiento mágico. Pueden ser actos mentales como contar, rezar, repetir palabras o frases y formar contraimágenes o motores como lavados de manos o comprobaciones.

Las compulsiones son fenómenos vividos como más extraños al yo, como más absurdos y con menos resistencia que las obsesiones¹⁴.

Aunque surgen en respuesta a determinada obsesión y múltiples investigaciones muestran que obsesión y compulsión tienden a ser congruentes en la temática (es decir, que las obsesiones de contaminación coexistirán con rituales de limpieza o lavado y las de responsabilidad o dudas con compulsiones de comprobación)¹⁵, se ha estimado que hasta un 10% de las compulsiones no guardan relación con las mismas¹⁶.

Además de las obsesiones y compulsiones, suelen presentar conductas de evitación y/o escape de situaciones y estímulos desencadenantes¹⁷, característica esta común a las fobias pero en donde a diferencia del TOC estas conductas suelen ser bastante eficaces¹⁸.

Generalmente obsesiones y compulsiones se dan asociadas, aunque un porcentaje (20%) de pacientes puede presentar obsesiones puras sin compulsiones¹⁹. Sin embargo, una compulsión obedece siempre a una obsesión, por lo que la existencia de compulsiones sin obsesiones es excepcional, aunque puede suceder¹⁸.

Las temáticas más frecuentes son las de contaminación/limpieza junto con las de dudas/comprobación (*washers* y *checkers* en la literatura anglosajona) (tabla 1).

En ocasiones, establecer los límites entre los fenómenos obsesivos y otras manifestaciones psicopatológicas resulta complicado incluso para los clínicos más experimentados. En la práctica clínica es importante establecer el diagnóstico diferencial entre las obsesiones y las ideas delirantes, las ideas sobrevaloradas y las fobias y, por otro lado, entre conductas compulsivas e impulsivas.

Idea delirante

La obsesión se debe distinguir del delirio, aunque no siempre se trate de una tarea sencilla. Históricamente, mientras que

para autores clásicos como Westphal, Kraepelin y Stekel existían límites claros entre las neurosis obsesivas y las psicosis, otros como Bleuler y Stengel defendían la hipótesis de que eran “formas larvadas o frustradas de esquizofrenia”¹. Intentando arrojar un poco de luz a la cuestión, los contenidos delirantes nunca son vividos por el sujeto como absurdos²¹, destacando la “convicción extraordinaria con que se afirma uno en ellos”, “la condición de irrefutable” y la “imposibilidad del contenido”²². Por otro lado, la persona experimenta la obsesión como algo que procede de sí mismo y en ningún momento vivenciará el fenómeno como impuesto desde el exterior como el delirante, aunque en ocasiones la puedan relatar como ajena o extraña²³.

Idea sobrevalorada

Es una idea comprensible y aceptable, sostenida con una convicción más allá de lo razonable y que puede llegar a dominar la vida del paciente. Habitualmente se asocia con un componente afectivo intenso y con una personalidad patológica²⁴. McKenna ha enumerado los trastornos que con más frecuencia se asocian a ideas sobrevaloradas, como por ejemplo la celotipia patológica, la hipocondría, la dismorfofobia o los caracteres querulantes, entre otros²⁵.

Por otro lado, la idea sobrevalorada puede diferenciarse de la idea delirante porque la intensidad con la que es sostenida es menor. Para Eguiluz, “en muchos casos, tras una entrevista, la convicción del paciente puede empezar a tambalearse”²³.

Fobia

Al igual que en las obsesiones, el paciente acepta la irracionalidad de la idea y conserva el juicio de la realidad inalterado²³ pero, a diferencia de estas, las fobias responden a un componente más ansioso que racional, se centran en estímulos concretos, generan respuestas más acordes al temor, se relacionan con frecuencia con crisis de angustia, son circunscritas al estímulo fobógeno, las conductas de evitación sí son eficaces y tienen mejor pronóstico¹⁸ (tabla 2).

Compulsión frente a impulsión

Ambos términos han sido fuente de confusión ya desde los primeros textos psiquiátricos. A pesar de que desde una pers-

TABLA 1
Porcentaje de temáticas obsesivas en diferentes muestras

Temática	Akhtar y cols 1975	Marks 1987	Rasmussen y Eisen 1988	Khanna y cols 1990	Rasmussen y Eisen 1992
Contaminación/limpieza	46	51	50	32	55
Dudas/comprobación	75	38	61	–	42
Somáticos	–	–	33	14	33
Simetría/orden	9	34	–	32	–
Repetición	40	–	–	–	–
Agresivos	29	–	31	9	31
Sexuales	21	–	24	21	24
Religiosos	11	–	–	–	10
Acumulación	–	2	18	–	–
Paso del tiempo	–	–	–	13	–

Modificada de Vallej J, et al²⁰.

TABLA 2
Diferencias formales entre los distintos trastornos del contenido del pensamiento

	Idea delirante	Idea sobrevalorada	Idea obsesiva	Fobia
Posibilidad del contenido	No	Sí	No/Sí	Sí
Corregibilidad	No	No	Sí	Sí
Egosintonía	Sí	No/Sí	No	No
Conservación del juicio de la realidad	No	Sí	Sí	Sí
Comprensibilidad	No	Sí	Sí	Sí

Tomada de Eguiluz I, et al²⁵.

pectiva fenomenológica quedan claros los límites entre ambas, en muchas ocasiones sus manifestaciones pueden ser difíciles de distinguir, lo que ha llevado a discrepancias aún activas a día de hoy. Mientras las impulsiones representan una necesidad de acción imperiosa e irresistible que empuja al sujeto a realizar un determinado acto sin control y generalmente bajo el dominio de la emoción, las compulsiones suponen la compleja lucha interna entre la tendencia a la acción y la resistencia a la misma²⁶ ya abordada en este texto. Las impulsiones son propias, por un lado, de la patología orgánico-cerebral, por lesiones o afectaciones frontales y/o subcorticales, en traumatismos, infecciones, demencias, etc. y, por otro lado, de los trastornos del control de impulsos como la cleptomanía, la ludopatía, tipos de personalidad como la *borderline*, las compulsiones sexuales o las compras compulsivas. En este último grupo, las conductas compulsivas resultan placenteras por sí mismas, aunque posteriormente puedan surgir sentimientos de culpa, a diferencia de las compulsiones que responden a una necesidad del paciente de aliviar la ansiedad que le genera una determinada obsesión²⁰.

Diagnóstico

El diagnóstico del TOC es clínico. El DSM-5 establece como criterios diagnósticos la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, que requieren mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes⁵. La escala de Yale-Brown es la más usada para medir los síntomas obsesivo compulsivos²⁷. Consta de una lista de síntomas que el paciente valora según una escala de severidad.

El diagnóstico diferencial deberá realizarse principalmente con el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo, la depresión, la esquizofrenia y algunos trastornos neurológicos.

Trastorno obsesivo compulsivo y patología neurológica

Puede suceder que en personas ancianas que inician un proceso de demencia aparezcan fenómenos de corte obsesivo, principalmente conductas repetitivas, que vendrán motiva-

das por la necesidad de control ante el fracaso de sus capacidades²⁴. También se pueden observar comportamientos repetitivos y perseverantes en enfermedades neurológicas como la corea de Sydenham, la enfermedad de Parkinson o el síndrome de Gilles la Tourette, en pacientes con retraso mental, autismo o epilepsia. En estos casos, el elemento de resistencia por parte del sujeto tan característico de la patología obsesiva genuina se encuentra ausente, por lo que la literatura se ha reservado para ellos el término de síntomas obsesivoi-

Trastorno obsesivo compulsivo y psicosis

Ya hemos abordado desde una perspectiva fenomenológica en un apartado previo las principales diferencias entre obsesión y delirio. No obstante, ocurre en ocasiones que la irracionalidad e incomprensibilidad de algunos fenómenos obsesivos, la gravedad del cuadro y el deterioro social y personal que se da en algunos de estos pacientes puede llevar a la consideración psicótica de la entidad. Asimismo, podemos encontrarnos ante pacientes en los que la idea obsesiva se presenta con escasa crítica y resistencia, pero nos dice Vallejo que “incluso en estos casos suele faltar la convicción delirante”²⁸. Cuando se dan cuadros psicóticos en estos pacientes suelen corresponderse con estados paranoides reactivos²⁹.

Por otro lado, la presencia de síntomas obsesivos en la esquizofrenia (1-3,5%) ha sido reconocida por numerosos autores³⁰, pero en estos casos se habla de obsesiones menos intensas, según Michaux con una menor carga afectiva y con cierta indiferencia, sin conciencia de enfermedad y con cierta puerilidad.

Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de personalidad obsesivo compulsivo

Los rasgos de personalidad obsesivos o anancásticos pueden aparecer como forma de vida, siendo de hecho considerados como valiosos en la sociedad y para el éxito del individuo. Pero cuando se desarrollan hasta niveles anómalos e interfieren en el funcionamiento social, laboral e interpersonal de estas personas hablamos de un trastorno de personalidad caracterizado por perfeccionismo, rigidez y obstinación, escrupulosidad excesiva en temas morales, marcada inseguridad en uno mismo, indecisión, ausencia de capacidad para la expresión de emociones²⁴ y una excesiva dedicación al trabajo que les lleva a la exclusión de las actividades de ocio y amistades.

Trastorno obsesivo compulsivo y depresión

En el plano clínico se ha constatado una estrecha relación entre la patología afectiva y la obsesiva, pudiendo ser procesos comórbidos. En torno a un tercio de los melancólicos presentan sintomatología obsesiva durante el episodio y un 20-30% de los pacientes obsesivos padecen episodios depresivos intercurrentes¹². Se ha asociado la presencia de obsesio-

nes en el marco de una depresión con una personalidad obsesiva previa³¹. Pero aunque pueden coexistir a lo largo de la evolución, la enfermedad obsesiva tiene un inicio infantojuvenil y un curso crónico, mientras que los trastornos depresivos tienen un inicio generalmente en la edad adulta y cursan de forma episódica²⁸.

Trastorno obsesivo compulsivo e hipocondría

La hipocondría ha sido considerada por algunos investigadores un trastorno del llamado “espectro obsesivo”³², por la alta frecuencia de obsesiones de contaminación y también somáticas en los pacientes con TOC. Sin embargo, las diferencias son sustanciales. La hipocondría es un trastorno que consiste en la preocupación excesiva y el miedo intenso a padecer una enfermedad grave. Mientras estos pacientes creen que sus miedos y sospechas son justificados, realistas y sensatos, y los defienden ante los otros no mostrando ninguna resistencia a estas ideas, por otro lado, y como ya hemos explicado, las ideas obsesivas son vividas como irracionales y carentes de sentido.

Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos

Asimismo pueden surgir dudas con otras patologías como trastornos de ansiedad, trastornos del control de impulsos y anorexia nerviosa, y con otros trastornos que por sus similitudes clínicas con el TOC han sido incluidas en el DSM-V en la categoría de “Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados” como por ejemplo el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía o el trastorno por acumulación (DSM-V).

Curso y pronóstico

En general, se acepta que el curso de la enfermedad es continuo, con periodos de mejoría consistentes en remisiones incompletas que le permitirán al paciente tener un funcionamiento aceptable, y otros de agravamiento. Se estima que un 10 % de los pacientes presentarán un deterioro progresivo e incapacitante³³. Se pueden dar casos en los que la remisión sea completa tras el tratamiento o incluso de forma esporádica. Un porcentaje considerable de pacientes presentará asociado otro trastorno mental a lo largo de la evolución, principalmente de tipo depresivo.

Un 50-70 % de los pacientes comienzan a manifestar los síntomas tras algún acontecimiento estresante como el embarazo, problemas sexuales, fallecimientos, etc. Con frecuencia sucede que intentan ocultar los síntomas y no acuden al médico hasta pasados varios años tras la aparición de los síntomas. Se relaciona con un peor pronóstico la baja resistencia a las compulsiones, un inicio de tratamiento tardío o escasa respuesta al mismo, el inicio en la infancia, la necesidad de hospitalizaciones, el desarrollo de creencias delirantes/sobrealvaloradas, la presencia de un trastorno de personalidad

concomitante o de un trastorno depresivo mayor. Un buen ajuste social y laboral sería un factor protector⁶.

Etiopatogenia

Aún a día de hoy, la etiología del TOC continúa siendo desconocida. En general, se acepta que podría ser consecuencia de múltiples variables⁷.

La eficacia antiobsesiva específica de clomipramina provocó la aparición de las primeras hipótesis neuroquímicas del TOC²⁰. Todos los antidepresivos de potente acción serotoninérgica han demostrado su eficacia frente al trastorno. No obstante, esta respuesta está igualmente presente en una gran variedad de trastornos (en la mayoría de los trastornos de ansiedad y en la depresión)¹⁵; y asimismo estudios recientes presentan porcentajes de persistencia de síntomas obsesivos de intensidad moderada-grave en más de la mitad de los pacientes, a pesar de haberse realizado un tratamiento correcto.

Los estudios de neuroimagen funcional apoyan la implicación de áreas que incluyen la corteza orbitofrontal, el cíngulo anterior, el núcleo estriado y el tálamo³⁴. El hallazgo más replicado es la presencia de una hiperactividad basal de la corteza orbitofrontal que tiende a reducirse en respuesta al tratamiento y a aumentar durante la provocación de síntomas²⁰.

Tanto los estudios en gemelos como en familiares indican que los factores genéticos son importantes en la etiología del TOC. Por otro lado, varios estudios han mostrado desregulaciones en genes que se expresan en el cerebro, implicados en las vías glutamatérgica, serotoninérgica y dopaminérgica³⁵.

En cuanto a los modelos psicológicos sobre la génesis y mantenimiento del trastorno, ha habido un gran cambio desde las primeras formulaciones, de carácter psicoanalítico, que situaban el origen del trastorno en la existencia de traumas infantiles, a modelos basados en la teoría del aprendizaje, modelos cognitivos y modelos basados en el aprendizaje social²⁰. A propósito de estos últimos, me parece de importancia señalar que se ha relacionado la aparición del trastorno con sistemas de crianza y educativos sobreprotectores o contrariamente rígidos, exigentes y críticos en los que se refuerzan comportamientos como el orden, la limpieza y los relacionados con valores morales.

Tratamiento

Las dos estrategias de eficacia contrastada son el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo conductual. Por desgracia, en torno al 30% de los pacientes no responden al tratamiento y, si lo hacen, no suele darse una reducción de más de un 25-35% de la intensidad de los síntomas⁷.

Tratamiento farmacológico

Clomipramina

Es un antidepresivo tricíclico de potente acción serotoninérgica. Fue el primer fármaco que demostró su eficacia en el

trastorno en 1967, de la mano de Fernández de Córdoba y López-Ibor, y todavía a día de hoy puede considerarse el tratamiento antiobsesivo prototipo, frente al cual cualquier estrategia terapéutica novedosa ha de demostrar su eficacia²⁰. Múltiples estudios han demostrado su superioridad frente a placebo y otras estrategias terapéuticas, pero por su mayor incidencia de efectos anticolinérgicos y sedativos, así como por el potencial riesgo cardiotoxico, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) se han convertido en el tratamiento de primera línea.

Inhibidores de la recaptación de serotonina

Numerosos estudios han demostrado su eficacia en el tratamiento del TOC y similar eficacia entre ellos. Cuatro de estos fármacos han sido aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration*) para el tratamiento del TOC: fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y paroxetina, y en Europa tanto citalopram como escitalopram tienen asimismo indicación para el tratamiento del TOC⁷. La falta de respuesta a un ISRS no implica una falta de respuesta a otro compuesto del mismo grupo²⁰.

Antipsicóticos

Han sido empleados en el caso de resistencia al tratamiento con antidepresivos. No obstante, se ha descrito un empeoramiento de la sintomatología obsesiva en el tratamiento del TOC con antipsicóticos en monoterapia²⁰. Por otro lado, en el momento actual no existe evidencia concluyente respecto al uso de antipsicóticos en combinación con ISRS³⁶.

Benzodiacepinas

En general, puede afirmarse que sólo son útiles para disminuir la ansiedad y no inciden en el núcleo obsesivo del trastorno.

Otros fármacos

Han sido estudiados y han reflejado no ser útiles en el tratamiento del TOC bupiriona, venlafaxina, trazodona, el litio o las hormonas tiroideas. Existen nuevas líneas de investigación con fármacos como memantina, ondansetrón o morfina que podrían haber demostrado su eficacia en algunos estudios³⁷.

Terapia cognitivo conductual

Se ha consolidado como la estrategia terapéutica de primera línea. Dos tercios de los pacientes responden de manera favorable a la terapia de exposición y prevención de respuesta y ha demostrado ser más eficaz frente al tratamiento farmacológico aislado, por lo que se recomienda como tratamiento de elección ante los síntomas leves a moderados⁷. La terapia de aceptación y compromiso puede mejorar los síntomas en mayor medida que el entrenamiento en relajación progresiva³⁶.

Otros tratamientos

Psicocirugía

Se han empleado en los casos más graves y resistentes al resto de las intervenciones terapéuticas. La radiocirugía consis-

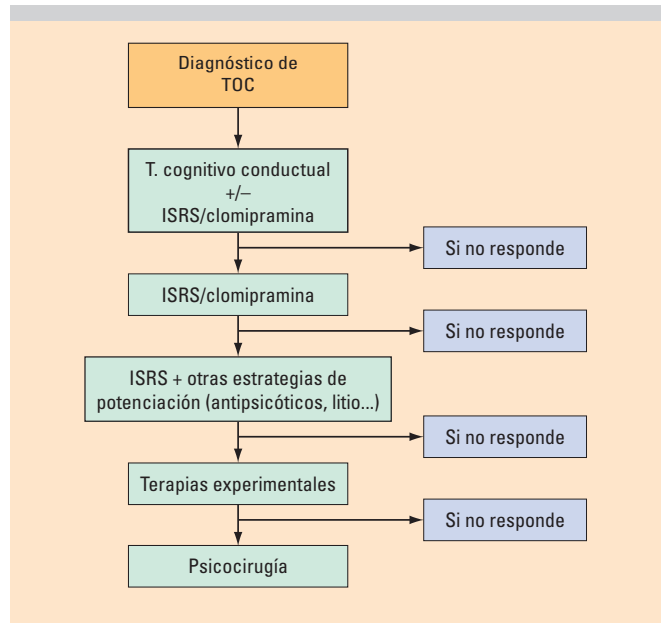


Fig. 1. Árbol de decisión en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

te en una capsulotomía anterior, leucotomía límbica y cingulotomía y no ha sido aprobada por la FDA; mientras que la estimulación cerebral profunda ha sido aceptada en los casos intratables y severos de TOC⁷.

Estimulación magnética transcraneal

No ha mostrado una evidencia consistente en cuanto a su eficacia (NICE) (fig. 1).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

1. Poveda JM. Problemas clínicos y psicopatológicos de la neurosis obsesiva. Tesis para la Facultad de Medicina. Madrid. 1969.
2. ● Berríos G. Historia de los trastornos obsesivos. En: Vallejo J, Berríos E, editores. Estados obsesivos. Barcelona: Masson; 1995.
3. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1994.
4. CIE-10: Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10.ª revisión. OMS; 1992.
5. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Panamericana; 2014.
6. ● Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de Psiquiatría. Trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Panamericana; 1996. p. 614-21.
7. ● Seibell P, Hollander E. Management of obsessive-compulsive disorder. F1000 Prime Reports. 2014;6:68.
8. Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. Organizaciones neuróticas en el niño. Barcelona: Toray-Masson; 1976.
9. Schneider K. Psicopatología clínica. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997. p. 131.

10. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de Psychiatrie. La Névrose obsessionnelle. 6.ª ed. Paris: Masson; 1989.
11. Pujol R, Savy A. Clínica de las obsesiones. *Confront Psiquiatr.* 1983;20:37-60.
12. Rasmussen S, Tsuang M. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1986;143:217-322.
13. del Olmo F. Obsesiones y compulsiones. *Informaciones psiquiátricas-Tercer trimestre. Número 189.* 2007.
14. Sánchez-Planell L, Díez C. Angustia y obsesiones. En: Vallejo J, Berrios E, editores. *Estados obsesivos.* Barcelona: Masson; 1995.
15. ●● Abramowitz J, Jacoby R. **Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5.** *Clin Psychol Sci Prac.* 2014;21:221-35.
16. Foa E, Kozak M. DSM-IV Field Trial: obsessive-compulsive disorder. *AM J Psychiatry.* 1995;152:90-6.
17. Márquez M, Romero R, Fernández T, Ortega M. Guía para la intervención psicológica en el trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid: Facultad de Psicología UAM.
18. ●● Vallejo J. **Clínica de los trastornos obsesivo-compulsivos. Estados obsesivos.** Barcelona: Masson; 1995.
19. Insel T. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1985;8(1):105-17, 1985.
20. Vallejo J, Alonso MP, Pifarré J. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Roca M, editor. *Trastornos neuróticos.* Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.; 2002.
21. Weitbrecht HJ. Manual de Psiquiatría. Madrid: Editorial Gredos; 1978.
22. Jaspers K. *Psicopatología General.* Méjico: Fondo de Cultura Económica; 1993.
23. ● Eguiluz I, Segarra R. **Introducción a la Psicopatología. Una visión actualizada.** Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
24. ●● Sims A. **Síntomas mentales.** Madrid: Editorial Triacastela; 2008. p. 161-2.
25. McKeena PJ. Disorders with overvalued ideas. *British J Psychiatry.* 1984;145:579-85.
26. Peris MD. Impulsividad vs compulsividad. En: Ros Montalbán S, Peris Díaz MD, Gracia Marco R, editores. *Impulsividad.* 1a ed. Barcelona: Ars Médica; 2004.
27. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR et al. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). 1989.
28. ● Vallejo J. **Relación de los trastornos obsesivos con otras patologías psíquicas.** En: Vallejo J, Berrios E, editores. *Estados obsesivos.* Barcelona: Masson; 1995.
29. Insel T, Ariskal H. Obsessive-compulsive disorder whith psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatric.* 1986.143:1527-33.
30. Fenton V, McGlashan E. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry.*1986. 143:437-41.
31. Gittelson N. The fate of obsessions in depressive psychosis. *Br J Psychiatry.* 1966.112:705-8.
32. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatr Ann.* 1993;23:355-8.
33. Rasmussen S, Tsuang M. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. A review. *J Clin Psychiatry.* 1984;45:450-7.
34. Bjorgvinson T, Hart J, Heffelfinger S. Obsessive-compulsive disorder: update on assessment and treatment. *J Psychiatr Pract.* 2007;13:362-72.
35. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of OCD. *Psychiatr Clin Nort Am.* 2010;33(1):141-58.
36. ● **NICE Guideline for OCD: The National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. Revisada en 2013.**
37. Fineberg N, Brown A. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in psychiatric treatment* 2011;17:419-34.