

## TEMA 06

# TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

## 2.- CONCEPTUACIÓN

No es fácil delimitar los aspectos característicos necesarios para definir el TOC. Es un trastorno a caballo entre las neurosis y las psicosis.

- **Argumentos a favor de su cercanía a las psicosis (Vallejo Ruiloba):**
  1. El hecho de que los psicopatólogos franceses hablaran de las obsesiones en términos de locura.
  2. Lo absurdas y carentes de sentido que resultan muchas percepciones obsesivas.
  3. Su génesis: súbita e incomprensible.
  4. La capacidad invasiva y destructiva del trastorno.
- **Argumentos que marcan las distancias con las psicosis:**
  1. La conciencia de enfermedad (está siempre presente).
  2. Carencia de intencionalidad exterior (autorreferencia).
  3. La ausencia de deterioro.
  4. El hecho de que el obsesivo luche contra sus ideas (el esquizofrénico se identifica con ellas).
- **Factores que hacen que se reafirme como "neurosis marginales":**
  1. Tratarse de fenómenos dimensionales.
  2. La fijación al plano de la realidad y la conciencia de enfermedad (características de las neurosis), resultan cuestionables en las obsesiones.
- En la definición de Westphal se contemplan aspectos que resultan **criterios definicionales básicos de éste trastorno:**
  1. La cualidad compulsiva de la experiencia.
  2. El reconocimiento de la misma como irrelevante, absurda o sin sentido.
  3. Que la experiencia sea resistida por la persona (actualmente esto no se mantiene tanto, pasado un tiempo se da una "claudicación").

## 3.- CLASIFICACIÓN

- La CIE-10 (OMS) incluye el TOC dentro de los trastornos neuróticos.
- El DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV (APA), dentro de los trastornos de ansiedad.

## CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TOC SEGÚN EL DSM-IV

### A. OBSESIONES O COMPULSIONES:

Las **OBSESIONES** se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, alguna vez durante la perturbación, como intrusivos e inapropiados, y causan marcada ansiedad y malestar.
2. No son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida cotidiana.
3. La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, o neutralizarlos con otro pensamiento o acción.
4. La persona reconoce que los pensamientos son un producto de su propia mente (no impuestos).

Las **COMPULSIONES** se definen por:

1. Conductas repetitivas o acciones mentales (rezar, contar) que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión, o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.
2. Están dirigidas a neutralizar o reducir el malestar, o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, no están conectadas de forma realista con lo que están destinadas a prevenir o a neutralizar, o son claramente excesivas.

B. En algún momento durante el curso de la enfermedad, la persona reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales (No se aplica a los niños).

C. Las obsesiones o compulsiones producen marcado malestar, pérdida de tiempo, o interfieren significativamente con la rutina habitual del individuo, con su actividad profesional, sus actividades sociales o sus relaciones con los demás.

D. Si está presente otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no está restringido a él (las ideas o pensamientos, no tienen nada que ver con la comida si se padece un trastorno alimentario, ni con los fármacos si coexiste un trastorno por uso de sustancias psicoactivas, etc).

E. No es debido a los efectos directos de una sustancia (drogas o medicación) o de una condición médica.

Especificar si es del **Tipo de Pobre Insight**: Si la mayor parte del tiempo el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables.

## **4.- LA RELACIÓN FUNCIONAL ENTRE OBSESIONES O COMPULSIONES**

- **Foa, Steketee y Ozarow**, plantean una definición del TOC, que parte de la relación funcional entre obsesiones y compulsiones:

*"Consiste en una serie de eventos que generan ansiedad, denominados obsesiones. Para aliviar esa ansiedad, se ejecutan una serie de conductas, denominadas compulsiones"*.

- **Hembree, Foa y Kozak**, consideran que **los criterios diagnósticos del DSM**, se han visto influidos por una serie de conceptos o ideas tradicionales, que **deberían ser revisado/as**.

#### 4.A.- NATURALEZA Y RELACIÓN DE LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES

- **Hembree**: Existe abundante evidencia empírica respecto a que la obsesión produce malestar, y respecto a que, la conducta compulsiva, sirve para reducirla ⇒ consistente con la relación dinámica entre obsesiones y compulsiones.  
Sin embargo, entra en **conflicto con la idea**, también presente en el DSM, de que "*las compulsiones* son... conductas que *se efectúan* en respuesta a una obsesión... o *de acuerdo con determinadas reglas*".
- **De Silva y Rachman**: en la mayoría de los casos, la obsesión da lugar a la compulsión. Sin embargo, *a veces, la obsesión se da sola o la compulsión* también aparece sola sin estar precedida por una obsesión (infrecuente).
- En el **CIE-10**, no se señala abiertamente que la compulsión se realiza como respuesta a una obsesión, sólo que tiene la *función de prevenir o conjurar algún peligro o daño*.

#### 4.B.- PENSAMIENTOS NEUTRALIZADORES, OBSESIONES Y COMPULSIONES

- **Hembree**: El DSM-III-R, contempla las obsesiones como acontecimientos mentales, y las compulsiones como conductas manifiestas. Pero, además, el criterio para **obsesiones** distingue entre **dos tipos de acontecimientos mentales**:
  1. *Los que el individuo trata de suprimir o ignorar.*
  2. *Los que le sirven para neutralizar los pensamientos intrusivos* ⇒ Serían como **compulsiones encubiertas**.
- **Rachman**, insiste en la conveniencia de considerar **2 tipos de compulsiones**:
  1. **Compulsiones manifiestas**.
  2. **Compulsiones encubiertas** (recogido en el DSM-IV).

#### 4.C.- ¿RECONOCE EL PACIENTE QUE SUS SÍNTOMAS NO TIENEN SENTIDO?

- **Westphal** contempla el pensamiento obsesivo como algo demente e irracional. **Janet** como **algo extraño al yo y como algo absurdo** (planteamiento defendido por el DSM).
- **Insel, Ariskal y Lelliott**, señalan que, en lugar de pesar en términos dicotómicos, es más adecuado hablar de un **CONTINUO**: algunos pacientes creen que son irracionales, otros no están muy convencidos y los hay que **creen que son totalmente lógicos y razonables** ⇒ En éste último caso consideran que se trata de "**psicosis obsesivo-compulsiva**".
- Para Westphal las obsesiones invaden la conciencia del paciente y este suele reconocerlos como anormales y extraños.

## 5.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TOC

### 5.A.- CLASIFICACIÓN DE DE SILVA Y RACHMAN

El TOC puede dar lugar a distintas manifestaciones o subtipos clínicos. La mayoría de los pacientes señala que tiene más de un problema (generalmente predominan 1 ó 2 subtipos).

1. COMPULSIONES DE LIMPIEZA/LAVADO: Es la forma más común. El paciente tiene obsesiones sobre posible contaminación por gérmenes, y llave a cabo elaborados rituales de limpieza o desinfección. Más frecuente en mujeres que en hombres.
2. COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN: Minuciosos y repetidos rituales de comprobación, asociados a obsesiones que toman la forma de duda. Temen que la falta de comprobación de lugar a una catástrofe de la que se sentirían responsables. Si ese sentido de la responsabilidad no está presente, la ansiedad disminuye o no existe. Pos igual en ambos sexos.
3. OTRO TIPO DE COMPULSIONES MANIFIESTAS: Repeticiones reiteradas de determinadas conductas, seguir secuencias estrictas al realizar una conducta, compulsiones de tocar. La razón que dan es que están conjurando algún peligro. Algunos dicen que lo hacen para evitar el malestar que se produciría si no lo hicieran. No diferencias entre sexos.
4. OBSESIONES NO ACOMPAÑADAS POR CONDUCTA COMPULSIVA MANIFIESTA: Presencia de pensamientos, imágenes o impulsos, no acompañados por rituales. En algunos pacientes van seguidas de compulsiones encubiertas: contar según una secuencia, pensar una frase que contrarreste la obsesión. Otros pacientes tienen compulsiones mentales sin que estén asociadas a obsesiones (repetir todo lo que otros digan). El problema principal son las rumiaciones: invierten periodos muy largos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto (cuestión religiosa, filosófica).
5. LENTITUD OBSESIVA PRIMARIA: Gran mayoría en hombres. La persona lleva a cabo algunas actividades de forma extraordinariamente pausada y lenta. No es vivenciado por el sujeto como algo molesto y que tenga que ser resistido. Suele aparecer al inicio de la vida adulta. Tiene curso crónico. Da lugar a incapacitación y a aislamiento social.

### 5.B.- CLASIFICACIÓN DE RACHMAN

¿Cómo es posible lavarse repetidamente y todavía permanecer sucio?:

- Rachman realiza un trabajo sobre la "polución de la mente", en el que plantea una posible alternativa a las clasificaciones tradicionales del TOC, en lo que respeta a las obsesiones-compulsiones de limpieza.

- Diferencia entre "**sentirse sucio**" y la "**sensación de polución**". La persona, para eliminar la sensación de polución, utiliza los mismos métodos que utilizaría en el caso de estar sucio, pero, en éste caso, **los lavados repetidos no darán resultado**.
- La sensación de "polución de la mente" hace referencia a la "**suciedad interior**", independientemente de la presencia o ausencia de suciedad observable. Puede estar *generada por acontecimientos mentales como pensamientos e imágenes o impulsos inaceptables*.
- Otra tercera modalidad, surge por **miedo a la enfermedad**, fundamentalmente a la contaminación.
- Puede presentarse aisladamente cualquiera de los 3 subtipos ("sentirse sucio", "polución de la mente" y "miedo a la contaminación").

## **6.- PREVALENCIA, CURSO Y RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS**

### **6.A.- PREVALENCIA Y CURSO**

- Tradicionalmente se pensaba que el TOC era un trastorno bastante raro (0,1%).
- **Estudios epidemiológicos recientes:**
  - **Weissman:** prevalencia media del trastorno en un periodo de 6 meses de 1,2 en varones y de 1,8 en mujeres, sin relaciones con la edad.
  - **Marks:** Entre 1,8-2,5%. Los síntomas obsesivo-compulsivos son mucho más frecuentes que el trastorno.
  - **Rachman y De Silva:** Compararon los síntomas observados en la muestra de normales con los que manifestaban pacientes con TOC, y comprobaron que las **diferencias eran meramente cuantitativas**.
- La **edad de inicio:** **Adolescencia o principio de la vida adulta**, aunque también se han identificado casos en niños de 5 y 6 años.  
El trastorno se desarrolla gradualmente y el **curso** es **crónico con fluctuaciones**.

### **6.B.- RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS**

- Relación con la **depresión:**
  - La obsesión es secundaria a la depresión y desaparece cuando ésta remite.
  - En otros casos, la depresión es secundaria al TOC. Los síntomas obsesivo-compulsivos empeoran cuando el paciente está deprimido, y responden peor al tratamiento.
- Hay que hacer diagnóstico diferencial con **esquizofrenia** y trastorno de Tourette.  
De **Silva y Rachman:** Señalan la **conveniencia de diferenciar el TOC de:** **Fobias, anorexia nerviosa, bulimia, síndrome de Gilles de la Tourette** y el **daño cerebral**.

## ETIOLOGÍA: MODELO EXPLICATIVO DE SALKOVSKIS

- Propone **diferenciar entre**:  
"**Pensamientos automáticos negativos**" y "**obsesiones**".  
Se diferencian en: el grado de accesibilidad a la conciencia, el grado de intrusión percibido y el grado en que son consistentes con el sistema de creencias de la persona:
  - Las **obsesiones** resultan inaceptables, irracionales y poco plausibles. Son **egodistónicas**.
  - Los **pensamientos automáticos negativos** son **egosintónicos**.
- **Salkovskis**, plantea que **los pensamientos obsesivos funcionan como un estímulo que puede provocar un tipo particular de pensamiento automático**:
  - Normalmente se producen **intrusiones** en la población normal sin que conlleve malestar.
  - Estas intrusiones, sólo se convertirán en un problema, si dan lugar a **pensamientos automáticos negativos**, por producir interacción entre dichas intrusiones inaceptables y su sistema de creencias.
  - En algunas ocasiones, las intrusiones pueden activar esquemas disfuncionales y dar lugar a pensamientos automáticos negativos ⇒ Es el caso de los pacientes con **TOC**. En éste caso, esos pensamientos automáticos, estarán **relacionados con ideas de ser responsable de prejuicios y daños**.
- **Afirmación fundamental**: Los pensamientos automáticos, desencadenados por las obsesiones, **giran en torno a la responsabilidad personal**, directa o indirecta.  
No es necesario que las cosas sucedan, puede bastar el pensamiento en sí mismo.
- Según **Salkovskis**, la **perturbación afectiva surge a partir de los pensamientos automáticos acerca de la intrusión**, y no de la intrusión en sí misma ⇒ Las **neutralizaciones** serían *intentos para evitar o reducir la posibilidad de ser responsable del daño* que pueda derivarse de uno mismo o para otros.

## MECANISMOS Y DISTINTOS FACTORES MODULADORES IMPLICADOS EN LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES

- Ante un estímulo desencadenante, externo o interno, **el pensamiento desencadenado es egodistónico** (no consistente con el sistema de creencias).
- La reacción del individuo a ésta intrusión dependerá de la importancia y de las posibles consecuencias que pueda tener su ocurrencia:
  - Si los pensamientos extraños, pueden ocurrir pero no tienen grandes implicaciones, el paciente no se preocupará.
  - Si cree que esos pensamientos tienen importantes implicaciones, se activarán una serie de pensamientos negativos.
- **Supuestos disfuncionales que interactúan con los pensamientos intrusivos**:
  1. Tener un pensamiento sobre una acción, es como realizar esa acción.
  2. El fracaso en impedir daño a uno mismo o a los demás, es lo mismo que causar ese daño.

3. La responsabilidad no se atenúa por otros factores.
  4. No llevar a cabo la neutralización, es similar a buscar o desear el daño relacionado con la intrusión.
  5. Una persona debe ejercer control sobre sus propios pensamientos.
- Siempre habrá un elemento de responsabilidad, culpa o control que interactuará con el contenido del pensamiento intrusivo, y dará lugar a pensamientos automáticos negativos. Esos pensamientos serán *egosintónicos*.
  - La neutralización puede tener una serie de consecuencias importantes:
    1. Generalmente, tiene como resultado la reducción o alivio del malestar ⇒ aumenta la probabilidad de la *neutralización en el futuro* y da lugar a *generalización* para la reducción del malestar *en otras situaciones*.
    2. La neutralización es reforzada porque:
      - Va seguida de no castigo.
      - Proporciona apoyo a las creencias que mantiene el sujeto.
    3. La puesta en marcha y la realización de la neutralización, se convierte en un poderoso e inescapable estímulo desencadenante.
  - El estado de ánimo alterado previo a la neutralización puede actuar:
    1. Ampliando toda la gama de estímulos que provocan intrusiones.
    2. La gama de intrusiones que desencadenan estímulos negativos.
    3. El nivel de actividad de los esquemas disfuncionales preexistentes.
  - **Salkovskis** afirma que para que su modelo resulte útil, debería poder dar respuesta a observaciones comunes de la práctica clínica.
    1. En clínica se observan compulsiones sin sentido y no parecen relacionadas con pensamientos de culpa o responsabilidad. Incluso hay personas que encuentran agradable el hecho de realizar rituales:  
Existen neutralizaciones extraordinariamente bien elaboradas y eficaces. Las compulsiones estaban presentes desde hace mucho tiempo, y se han convertido en una conducta muy estereotipada.  
Respuestas muy eficaces de evitación podrían dar lugar a la desaparición de los pensamientos.  
Otra posibilidad: Que la respuesta neutralizadora haya adquirido propiedades reforzantes asociadas a una fuerte "señal de seguridad" (*podría elicitarse pensamientos automáticos positivos*).
    2. Los pensamientos acerca de culpa y responsabilidad no suelen observarse en muchas obsesiones "normales":  
Es poco probable que la persona que experimenta alguna intrusión, lleve a cabo la conducta neutralizadora, a no ser que la intrusión de lugar a pensamientos automáticos negativos de culpa o de responsabilidad ⇒ Es el elemento diferenciador fundamental entre obsesiones "normales" y clínicas.

3. El modelo plantea una relación entre el estado de ánimo y las obsesiones. Sin embargo, se ha observado la existencia de un pequeño subgrupo de pacientes en los que la presencia de depresión da lugar a una disminución de los síntomas obsesivos. Estos pacientes, además, muestran una aumento de las obsesiones cuando su depresión mejora:  
La explicación puede ser el **contenido de las cogniciones de éstos pacientes cuando se deprimen: autocensura y sentimientos de culpa**.
  
4. Algunas personas son más vulnerables a interpretar los pensamientos intrusivos como una indicación de que son responsables de daño.  
Han sido sometidos a determinadas **prácticas de crianza** en las que se pusiera mucho **énfasis en la responsabilidad personal**.  
Esto puede empezar a interactuar con los pensamientos intrusivos, después de haberse producido un **incidente crítico**, que activa los supuestos disfuncionales.  
Según **Salkovskis**, los incidentes críticos están asociados a un aumento de la responsabilidad de la persona (tener un hijo, casarse, etc).