

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE MEDICINA

PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Tesis Doctoral realizada por :
Carmen Albert Colomer

Directores:

Dr. D. José María Valls Blanco. Profesor Titular de la Universidad de Córdoba.

Dr. D. Rogelio Luque Luque. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad
de Córdoba.

Córdoba, 2001.

A Jorge, a Manuel y a Clara

Agradecimientos:

A los pacientes que se han prestado a participar en el estudio, por su colaboración.

A Georgina Castro Escribano, Magdalena Galarraga Gay, Leonardo Moyano Castro y al resto de los compañeros del Equipo de Salud Mental Córdoba-Centro, que han ayudado en la realización del trabajo.

A Jorge Martínez de la Iglesia, por su confianza y apoyo en este proyecto, en cuyo análisis estadístico su contribución ha sido decisiva.

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1.1. Evolución histórica del concepto de trastorno obsesivo compulsivo	2
1.1.1. Historia de los términos	2
1.1.2. Historia de los conceptos	4
1.2. Definición y clasificación actuales	8
1.3. Epidemiología y variables sociodemográficas	13
1.3.1. Prevalencia	13
1.3.2. Variables sociodemográficas	14
1.3.2.1. Sexo	14
1.3.2.2. Estado civil y tasa de fertilidad	14
1.3.2.3. Posición ordinal entre hermanos	15
1.3.2.4. Nivel socioeconómico	15
1.3.2.5. Cociente intelectual	16
1.3.2.6. Factores culturales y religiosos	16
1.4. Clínica	17
1.4.1. Edad de inicio	17
1.4.2. Edad de la primera consulta	17
1.4.3. Formas de inicio y relación con desencadenantes	18
1.4.4. Curso y pronóstico	18
1.4.5. Comorbilidad	20
1.4.6. Relación del TOC y la personalidad	24
1.4.7. Diagnóstico diferencial	27
1.4.8. TOC en infancia y adolescencia	28
1.4.9. Influencia parenteral y factores genéticos	28
1.5. Psicopatología.	29
1.5.1. Definiciones y características básicas	29
1.5.2. Resistencia	30
1.5.3. Interferencia	30
1.5.4. Estilo cognitivo	31
1.5.5. Clasificación de las obsesiones según la forma	33
1.5.6. Diagnóstico diferencial de las obsesiones	33
1.5.7. Diagnóstico diferencial de las compulsiones	34
1.5.8. Clasificación y frecuencia de las obsesiones y compulsiones según los temas	35
1.5.9. Relación funcional de las obsesiones y las compulsiones	36
1.5.10. <i>Insight</i>	36
1.5.11. Lenguaje	37

1.5.12. Sensopercepción	38
1.5.13. Sexualidad	38
1.5.14. Modelo descriptivo de Berrios	38
1.5.15. ¿Existen subgrupos clínicos de TOC?	39
1.6. Teorías etiopatogénicas	40
1.6.1. Hipótesis biológicas	40
1.6.2. Teorías cognitivo-conductuales	41
1.6.3. Teorías psicoanalíticas	43
1.7. La discapacidad ligada al TOC	43
II. JUSTIFICACIÓN	46
III. OBJETIVOS	49
IV. PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODO	51
4.1. Pacientes	52
4.2. Material	52
4.2.1. Variables de estudio	52
4.2.1.1. Variables sociodemográficas	52
4.2.1.2. Variables relacionadas con la enfermedad	52
4.2.1.3. Instrumentos utilizados	53
4.2.1.3.1. SCAN	53
4.2.1.3.2. Y-BOCS	56
4.2.1.3.3. SBAS	59
4.3. Método	63
V. RESULTADOS	65
5.1. Características de la muestra	66
5.1.1. Características sociodemográficas	66
5.1.2. Datos relacionados con la historia natural de la enfermedad	67
5.2. Características de las formaciones obsesivas	68
5.2.1. Temas de las obsesiones y compulsiones	68
5.2.2. Características de las obsesiones	69
5.2.3. Características de las compulsiones	70
5.2.4. Puntuación total de obsesividad (puntuación total Y-BOCS)	71
5.2.5. Variables de investigación de la escala Y-BOCS	72

5.3. Comorbilidad	74
5.3.1. Comorbilidad con otros trastornos	75
5.3.2. Comorbilidad con otros síntomas	75
5.4. Disminución en el desempeño de los roles sociales o discapacidad ligada al TOC	78
5.5. Gravedad de las formaciones obsesivas y su relación con las variables sociodemográficas y de evolución de la enfermedad	79
5.6. Comorbilidad y su relación con la gravedad del TOC	81
5.7. Obsesividad y discapacidad	83
5.8. Relación entre la puntuación en la escala del desempeño de roles sociales (ROLES) y variables sociodemográficas y de enfermedad	85
5.8.1. Relación entre la puntuación de ROLES y variables sociodemográficas y de evolución de la enfermedad	85
5.8.2. Relación entre la puntuación ROLES y características de las formaciones obsesivas	86
5.8.3. Relación entre la puntuación ROLES y la comorbilidad	88
VI. DISCUSIÓN	90
6.1. Características de la muestra	91
6.1.1. Características sociodemográficas	91
6.1.2. Datos relacionados con la historia natural de la enfermedad	91
6.1.3. Diagnóstico y subtipos de TOC	93
6.1.4. Gravedad del TOC y características de las formaciones obsesivas	94
6.1.5. Temas de las formaciones obsesivas	97
6.1.6. Comorbilidad con otros trastornos	99
6.1.7. Comorbilidad con otros síntomas	100
6.1.8. Discapacidad ligada al TOC	104
6.2. ¿Qué variables tienen un mayor peso en la gravedad del TOC?	107
6.2.1. Gravedad de las formaciones obsesivas y variables sociodemográficas y de evolución de la enfermedad	107
6.2.2. Comorbilidad y gravedad del TOC	108
6.2.3. Gravedad del TOC y discapacidad	117
6.3. Factores relacionados con la discapacidad ligada al TOC	119
6.3.1. ¿Existe alguna relación entre las variables sociodemográficas y de evolución de la enfermedad y el deterioro en el TOC?	119

6.3.2. Relación entre la discapacidad y las características de las formaciones obsesivas	120
6.3.3. Relación entre la discapacidad ligada al TOC y comorbilidad	121
6.4. Limitaciones del estudio	122
VII. CONCLUSIONES	124
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	127

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

¡Error! Marcador no definido.

1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Aunque las conductas obsesivas han sido descritas desde la antigüedad –la primera descripción conocida se refiere a las compulsiones de limpieza de un monje budista y se remontan a más de veinte siglos¹–, no se consideraron parte de los trastornos mentales hasta el siglo XIX².

Antes de esa fecha, las encontramos relatadas en diferentes textos europeos². Robert Burton, en la *Anatomía de la Melancolía* (1632), muestra con gran nitidez las ideas fóbicas de impulsión y el temor al suicidio de un sujeto que, además, presentaba ideas e impulsos de contraste, como sentirse impelido a blasfemar en iglesias. Estas conductas, de contenido opuesto al acto religioso que se estaba realizando, también las comunica el obispo Moore de Norwich. Por último, David Hartley (1749), al hablar de los pensamientos de tipo recurrente, señala sus consecuencias: por un lado, la tendencia a que las asociaciones con dichas ideas se fortalezcan y, por otro, que el sujeto se vuelva “estrecho de miras”.

Pero ¿de qué manera eran denominados estos fenómenos? Para facilitar la claridad metodológica se expone por separado, como hace Berrios^{2,3}, la historia de los términos de la de los conceptos.

1.1.1. Historia de los términos

Durante la Edad Media, el vocablo obsesión -derivado de la palabra latina *obsidere*: bloquear, asediar- se utilizaba, junto a compulsión, idea imperativa, impulsión, etc., para denominar, en el lenguaje cotidiano, conductas relacionadas con la voluntad⁴. El término escrúpulo se utilizó desde el siglo XVI para referirse a los pensamientos repetitivos de contenido religioso y lo encontramos en la autobiografía de Ignacio de Loyola cuando describe su trastorno obsesivo, de probable etiología orgánica².

La terminología psiquiátrica del siglo XIX de nutrió de tres fuentes: términos clásicos provenientes del latín y del griego (melancolía, paranoia), palabras de uso

común a las que se les daba un uso médico (alucinación, obsesión) y neologismos (monomanía)³. La terminología psiquiátrica actual proviene no sólo de esta herencia, sino del gran esfuerzo realizado por los psiquiatras del siglo XIX y la confluencia posterior de lo que cada nación o escuela aportaba.

En **Alemania**, Krafft-Ebing, en 1867, creó el término *Zwangs-vorstellung* para aludir a los pensamientos o representaciones irresistibles, incontrolables por el sujeto que las padece. La raíz de la que procede *-zwang-* equivale tanto a actos como a ideas, y define lo forzado más que lo obsesivo. Esta ambigüedad se plasmó en el hecho de que se tradujera como obsesión en Gran Bretaña y como compulsión en Estados Unidos³.

Poco después, en 1877, Westphal equiparó representaciones, o presentaciones, a ideas y distinguió entre ideas obsesivas puras o rumiaciones, e ideas iniciadoras de la acción o compulsiones. Para Berrios² este es el momento histórico en el que las compulsiones se hicieron parásitas de las ideas. Westphal, cuya teoría de que los estados obsesivos eran el resultado de una alteración intelectual tendría gran influencia en la Alemania del siglo XIX, definió las obsesiones con unos criterios vigentes en la actualidad:

"ideas parásitas, las cuales, permaneciendo intacta la inteligencia, y sin que exista un estado emotivo o pasional, surgen ante la conciencia, se imponen a ella contra su voluntad, se atraviesan e imponen el juego normal de las ideas, y son, siempre, reconocidas por el propio enfermo como anormales, extrañas a su yo"⁴

Griesinger (1868) creó un término compuesto por antiguas raíces alemanas y armenias: *Grubelnsucht*, para denominar la enfermedad rumiadora. Donath (1897) denominó *anancasmus* al *estado obsesivo idiopático* descrito por Thomsen (1895).

En **Francia**, durante la primera mitad del siglo, las conductas obsesivas fueron catalogadas dentro de las "locuras parciales", denominadas de varias maneras, *manie sans délire*, *monomanie*, *folie lucide*; mientras que, en la segunda mitad del siglo XIX, Morel planteó la posibilidad de que las emociones jugaran un papel en su génesis, llamándolas *délire emotif*. Sin embargo, el término obsesión no se introdujo en el lenguaje médico de la época hasta que Luys, en 1883, utilizó las *obsessions pathologiques* para denominar las experiencias subjetivas, repetitivas y anormales, producidas sin estímulo o causa externa; siendo también el primero en señalar que las obsesiones constituían un fenómeno interno del sujeto³.

Mientras tanto, en el **Reino Unido** la evolución del término siguió una línea similar. Antes del nacimiento de la medicina clínica, la palabra obsesión se refería al acto de ser asediado por el diablo. Tuke (1894) utilizaba *imperative ideas* y Mickle (1896) *mental basements* para referirse a acoso mental. Pero, aunque Tuke prefiriera el término *imperative ideas*, al traducir la cita de Legrain para su diccionario, anglicó la referencia francesa: *obsession and impulse*, extendiéndose rápidamente el término obsesión por la literatura médica de la época, con tal aceptación que, en la revisión de estos trastornos publicada por Shaw en 1904, utiliza la palabra *obsession* como si estuviera incorporada a la psicopatología inglesa desde mucho antes^{2,3}.

1.1.2. Historia de los conceptos

La psiquiatría del siglo XIX se caracterizó por una gran labor taxonómica, clasificando las enfermedades mentales a partir de los datos obtenidos por la observación y la medida de los fenómenos³.

Tras su identificación en el siglo XIX, los fenómenos obsesivos fueron clasificados en las psicosis. En 1838 Esquirol³ las incluía dentro de las monomanías o delirios parciales definidos como:

"Una enfermedad crónica del cerebro, sin fiebre, caracterizada por una lesión parcial del intelecto, las emociones o la voluntad".

Dado que el caso clínico en que se basó para estudiar estos fenómenos, *Mademoiselle F.*, describía sus pensamientos obsesivos como irresistibles, Esquirol dedujo que se trataba de una lesión de la voluntad, una monomanía volitiva.

Sin embargo, el término monomanía - muy controvertido- dejó de utilizarse pronto, quedando las obsesiones durante una época en "tierra de nadie": aunque ya no pertenecían a las psicosis, tampoco se incluyeron en otra categoría.

Fue Morel quien en 1866 describió un síndrome que, aun denominándolo *délire emotif*, consideraba una neurosis:

"...corresponde a un tipo especial de idea fija y de acto anormal, cuya existencia no representa, sin embargo, una afectación de las facultades intelectuales".

La hipótesis etiológica apuntaba a una *lesión funcional* situada a nivel del sistema nervioso autónomo⁵. Las ideas de Morel fueron rápidamente aceptadas y desarrolladas por otros autores (Luys, Pitres y Regis) que se sumaron a la visión

emocional del trastorno, frente a la afectación del intelecto (Wetsphal), o de la voluntad (Esquirol)³.

Legrand de Saulle, considerado como el más importante de los continuadores de Morel, publicó, en 1875, su monografía *La folie de la doute (avec délire de toucher)*⁶ que constituye la mejor descripción clínica del trastorno, aportando datos en torno a la forma de comienzo, curso clínico y características de la personalidad de los sujetos afectados. Establece tres estadios de la enfermedad, señalando los síntomas de cada uno de ellos y su evolución, en la que puede aparecer sintomatología depresiva, somatizaciones, fobias y otros síntomas de ansiedad hasta llegar, en el último estadio, a la invalidez por parálisis obsesiva. Aunque Legrand siguió a Morel en considerar una etiología *emocional* en los fenómenos obsesivos - y, por lo tanto, su inclusión en el grupo de las neurosis- señaló lo que Berrios denomina la dimensión *psicótica* del TOC: la pérdida del juicio de realidad sobre las formaciones obsesivas a lo largo de la evolución del trastorno y el progresivo deterioro de todas sus actividades^{2,3,6,7}.

La obra de Legrand⁶ permitió a su vez el desarrollo de los trabajos tanto de Janet como de Freud, considerados fundamentales en el conocimiento de la patología obsesiva.

Pierre Janet^{8,9} (citado por Ellemberger¹⁰ y Ey¹¹) clasificó las neurosis en dos grandes grupos: la histeria y la psicastenia, categoría que englobaba los fenómenos obsesivos, fobias, tics, hipocondría e incluso algunas formas de epilepsia³. La definió como:

"...una forma de depresión mental caracterizada por la disminución de la tensión psicológica, por la disminución de funciones que permiten actuar sobre la realidad y percibir lo real, por la sustitución de operaciones inferiores y exageradas sobre la forma, de dudas, de agitaciones, de angustias y por ideas obsesivas que expresan las alteraciones precedentes y que presentan, ellas mismas, los mismos caracteres"⁸.

En esta categoría los síntomas se sitúan a dos niveles: un nivel superficial en el que encontramos las crisis psicasténicas, episodios de ansiedad, fobias y obsesiones y un nivel más profundo, constituido por los "estigmas psicasténicos": apatía, duda, perplejidad y sentimientos de irrealidad y extrañeza, manifestaciones de los trastornos intelectuales y afectivos que son, a su vez, el resultado de la incapacidad para realizar actos de síntesis psicológica. En conclusión, el sujeto psicasténico, afecto de una

insuficiente tensión psicológica, se ve abocado a operar en los niveles inferiores de la jerarquía de funciones mentales y difícilmente alcanzará la *función de lo real*, es decir, la capacidad para adaptarse al mundo exterior a partir de sus recursos internos. La manifestación de esta insuficiencia se plasma en el síntoma subjetivo básico: *le sentiment d'incomplétude*^{8,9,10,11,12}.

Para Janet⁹ (citado por Tallis¹³) la enfermedad obsesiva también se desarrollaba en tres etapas: *el estado psicasténico*, caracterizado por el citado sentimiento de incompletud del que derivan dudas, infravaloración de la propia identidad, dificultades para expresar emociones, necesidad de orden y simetría, pedantería y tendencia a la limpieza excesiva y al coleccionismo. Posteriormente, se entra en la fase de las *agitaciones forzadas*, que pueden adquirir la forma de rumiaciones, comprobaciones compulsivas o rituales, y cuya función es compensar la carencia de certidumbre del estado psicasténico. Al progresar se llega al estadio de *las obsesiones y compulsiones*, que dominan toda la vida del paciente, generando gran ansiedad si son resistidas.

Según Tallis¹³, Janet consideraba, de forma implícita, la existencia de un hilo conductor entre las ideas obsesivas no clínicamente significativas que pueden aparecer en la vida cotidiana, el estado psicasténico y la neurosis sintomática. De su descripción del estado psicasténico ha derivado la actual concepción europea del trastorno anancástico de la personalidad¹⁴ y, aunque Janet incluía dentro del concepto de psicastenia entidades que, en las actuales nosologías, se consideran independientes, su influencia se hace sentir en el interés que despierta el estudio de la comorbilidad y de los trastornos relacionados con el TOC¹⁵.

Si Janet ponía el acento del trastorno en sus aspectos negativos: debilidad psicológica del psicasténico, para Freud lo fundamental estribaba en los aspectos positivos: los síntomas obsesivos no eran el resultado de una labilidad, sino de la fuerza, de la presión, de las pulsiones inconscientes¹¹.

En 1896 Freud¹⁶ consideraba la obsesión como un tipo de psiconeurosis, o neurosis ligadas a traumas sexuales infantiles. Las ideas obsesivas estaban constituídas por autorreproches enmascarados que el sujeto adulto experimentaba tras un experiencia sexual infantil en la que el niño -contrariamente a los casos que desembocaban en histeria- había participado de forma activa y gozosa.

La clasificación de las neurosis propuesta por Freud apenas se sostuvo un año. Al comprobar que los recuerdos sobre abusos sexuales en la infancia de sus pacientes no correspondían a hechos reales sino a fantasías, reconoció que el inconsciente no distinguía entre éstas y los recuerdos y dirigió su investigación hacia la reconstrucción de sucesos traumáticos en la infancia a partir del estudio de los recuerdos reprimidos, sueños y fantasías¹⁰.

En el desarrollo de la teoría del aparato psíquico propuesto por Freud destacan dos etapas definidas por dos esquemas, o tópicos, explicativos de la dinámica mental. La primera tópica, descrita en *La interpretación de los sueños*¹⁷, distingue tres sistemas: inconsciente, preconsciente y consciente. En la segunda, *El yo y el ello*¹⁸, el psiquismo puede desglosarse, muy esquemáticamente, en tres áreas: ello, yo y superyó, a la vez subdivididas e interrelacionadas¹⁹.

En la neurosis obsesiva se produce una regresión a los sistemas pulsionales del estadio sádico-anal, que conlleva un tipo particular de defensas del yo hacia aquellos y una lucha intensa contra los imperativos inconscientes de un superyó especialmente rígido y cruel¹¹. Desde Freud el psicoanálisis ha destacado estos aspectos en el trastorno obsesivo, pero el foco de interés se ha ido desplazando hacia el estudio de las características de la personalidad anancástica, independientemente de que exista o no clínica obsesiva¹⁹. Los rasgos básicos de dicha personalidad son la parsimonia, la obstinación y el ordenancismo y quedan plasmados, junto a los rasgos psicasténicos, en la descripción del trastorno obsesivo-compulsivo del DSM-IV²⁰.

Tanto Janet como Freud consideraban que los sujetos que padecían una neurosis obsesiva poseían una personalidad premórbida de tipo obsesivo, aunque para Freud no era inevitable dicha progresión. En la actualidad, la relación entre el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y los trastornos de personalidad sigue siendo, un tema controvertido¹³.

En resumen, y como concluye Berrios^{2,3,7}, durante el siglo XIX los trastornos obsesivos fueron considerados primero como monomanía, o locura parcial, para ser, al cabo de tiempo, incluidos en la categoría de las neurosis. Etiológicamente se contemplaron tres hipótesis: la causa del trastorno era emocional, volitiva o intelectual. Desde Morel ha prevalecido la ubicación nosológica del TOC en el grupo de las

neurosis y la hipótesis emocional ha sido la más extendida. La gran aceptación y difusión de las teorías de Janet y Freud contribuyeron a afianzar esta concepción¹⁴.

1.2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES ACTUALES

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la irrupción involuntaria en la mente del sujeto que lo padece de ideas, temores, impulsos o imágenes de contenido desagradable, carente de sentido, exagerado o absurdo en mayor o menor grado. Estas formaciones se imponen en el primer plano de la actividad mental, interfiriéndola. El sujeto intenta, en principio, resistirse y luchar frente a ellas, algo que, en el mejor de los casos, sólo conseguirá parcialmente. Dichas obsesiones se acompañan de conductas, compulsiones, que pueden o no ser observables, dirigidas a disminuir el malestar o conjurar el peligro temido. Su ejecución sigue unas reglas, una planificación, que casi nunca tiene una relación lógica con aquello que se pretende evitar. Las compulsiones también producen interferencia y generan, aunque no siempre, resistencia. El paciente reconoce que las ideas parten de su interior y se mueve en una lucha angustiosa, ansiosa, frente a sí mismo.

La influencia de los autores antes mencionados –Morel, Janet, Freud– se plasma en la ubicación del TOC en las actuales nosologías: DSM-IV²⁰ y CIE-10²¹. Sin embargo, antes de exponer sus criterios diagnósticos hay que recordar que no todos los autores que han estudiado los fenómenos obsesivos han estado de acuerdo con su inclusión en el grupo de las neurosis: Wespahl²² consideraba que las obsesiones eran un tipo de trastorno del pensamiento y el síndrome obsesivo compulsivo una “locura abortiva”; Bleuler²³ señaló cómo en algunos casos de temores obsesivos hay una pérdida del sentimiento de absurdidad y creía que podían tratarse de “esquizofrenias cuya sintomatología se agota en los síndromes incoercibles”, y Bumke²⁴, como Wespahl, pensaba que “lo esencial de este síntoma [representaciones o pensamientos obsesivos] es, pues una perturbación formal del curso del pensamiento”. En nuestro país, Cabaleiro Goas²⁵ denominó psicosis obsesiva genuina a los cuadros más graves, considerándolos formas mixtas con componentes afectivos y esquizofrénicos. De estos últimos, señalaba la profunda afectación de la personalidad del sujeto, que sería producida por limitación, no destruída, como ocurre en la auténtica esquizofrenia. El deterioro producido por el TOC sería el que ya Legrand de Saullé⁶ había descrito como parálisis obsesiva.

En la CIE-10²¹, el TOC se caracteriza esencialmente por la presencia de obsesiones o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son definidos como:

...ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

A su vez, los actos o rituales compulsivos son:

...formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado a un nivel mínimo.

Las pautas para el diagnóstico señaladas son:

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

(A) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.

(B) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.

(C) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteros (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).

(D) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

La CIE-10²¹ conserva el concepto de neurosis e incluye el TOC dentro de la sección de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Señala que casi siempre se acompaña de ansiedad y hay una estrecha relación entre los síntomas obsesivos y la depresión, coexistencia que puede dificultar el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos. En el caso de que aparezcan síntomas obsesivos en el síndrome de Gilles de la Tourette, esquizofrenia o trastornos mentales orgánicos no debe hacerse el diagnóstico de TOC, considerando dichos síntomas parte de estos trastornos. También quedan excluidos, aunque de forma implícita, las adicciones, los trastornos de

la alimentación y las perversiones sexuales, puesto que el criterio C exige la ausencia de placer derivado de la conducta obsesiva.

Esta clasificación propone distinguir cinco subtipos, de cara a establecer estrategias terapéuticas concretas y apropiadas, dada la diferente respuesta al tratamiento de las ideas y los actos obsesivos. En realidad, los subtipos son tres, dependiendo del predominio de los pensamientos obsesivos, las conductas o ambos. Las otras categorías, no definidas, responden a epígrafes ambiguos como otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

La utilidad de esta subdivisión ha sido cuestionada por Foa y cols.^{26,27,28}, quienes encuentran que la mayoría de los casos estudiados presentan sintomatología mixta, aunque la proporción varía según los instrumentos utilizados midan tres categorías o el gradiente de una sola, por lo que concluyen que esta subdivisión se presta a equívocos y desaconsejan su inclusión en el DSM-IV²⁰.

El DSM-IV²⁰ establece cinco criterios para el diagnóstico del TOC:

A. Se cumple para las obsesiones y para las compulsiones:

* Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

(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) y (2):

(1) comportamientos (por ejemplo: lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo: rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos 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 a los niños.

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

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo: preocupaciones por la comida en el trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en el 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 (por ejemplo: drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

* Especificar si: *Con poca conciencia de enfermedad*: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Si se comparan las clasificaciones DSM-III-R y DSM-IV, el TOC queda englobado en ambas dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad, aunque en la última edición se elimina completamente el término *neurosis*. Las principales *diferencias* que encontramos entre ellas^{27,28} se refieren a:

* Las obsesiones constituyen un fenómeno aversivo, generador de ansiedad y malestar, aspecto que sólo se encontraba implícito en el DSM-III-R.

* Estas no se reducen a preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos de cara a distinguirlas de las que aparecen en el trastorno de ansiedad generalizada.

* Se desglosan de las obsesiones aquellos pensamientos o actos mentales destinados a reducir la angustia o el temor creado por aquellas, denominándolos *compulsiones mentales o cognitivas*.

* La conciencia de enfermedad -el *insight*- generalmente plasmada en la consideración de absurdidad que el sujeto otorga a sus formaciones obsesivas, no es exigida en esta clasificación de forma tan tajante como en las versiones anteriores: el DSM-IV²⁰ sólo exige que el *insight* haya existido en algún momento del trastorno, pero no necesariamente en el momento actual.

* Se incluye el subtipo *con poca conciencia de enfermedad* para aquellos casos en que, durante la mayor parte del episodio actual, el sujeto no reconoce sus obsesiones como absurdas o exageradas.

Entre la CIE-10²¹ y el DSM-IV²⁰ existen una serie de similitudes y diferencias. En líneas generales ambas clasificaciones *coinciden* en:

*Aspectos generales que clásicamente se han considerado básicos del TOC: presencia de obsesiones o compulsiones, condiciones que las definen, resistencia, interferencia.

*Ambas contemplan la posibilidad de diagnosticar esta entidad en ausencia de *insight*: el DSM-IV²⁰ con el subtipo que lo especifica y la CIE-10²¹ no exigiéndolo en el estado actual, sino en algún momento de la historia de la enfermedad.

*La incoercibilidad también es contemplada por las dos nosologías: la clasificación internacional lo hace de forma explícita - la resistencia debe ser infructuosa como mínimo frente a una formación obsesiva -, mientras que la americana aborda este tema implícitamente al considerar las obsesiones como intrusas, frente a las que el sujeto *intenta* ignorarlas o suprimirlas.

*Se excluyen aquellas conductas generadoras de placer, tales como las adicciones las parafilias y los trastornos de alimentación.

Las principales *discrepancias* se refieren a:

*Criterios temporales: la CIE-10²¹ exige que las formaciones obsesivas deben estar presentes durante la mayor parte del día de dos semanas consecutivas, mientras que el DSM-IV²⁰ no contempla esta condición.

*Para la CIE-10²¹ las obsesiones y las compulsiones son formas de conducta equivalentes, que sólo se diferencian en su forma de presentación: cerradas, no observables, las obsesiones y abiertas, observables, las compulsiones. El DSM-IV²⁰ considera que entre ambas hay una relación funcional: la compulsión surge como respuesta al malestar, al displacer provocado por las obsesiones y, en consecuencia pueden configurarse tanto de forma abierta como cerrada, constituyendo en este caso las llamadas *compulsiones mentales o cognitivas*^{27,28}.

*Como hemos señalado anteriormente, la CIE-10²¹ contempla diversos subtipos en relación con el predominio del tipo de síntoma, algo criticado desde el grupo de investigadores participantes en el ensayo de campo para el TOC del DSM-IV^{20,27,28}, no contemplando éste más que la subclase *con poca conciencia de enfermedad* no presente en la anterior.

1.3 EPIDEMIOLOGIA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1.3.1. Prevalencia

Hasta los años ochenta se consideraba que el TOC era un trastorno infrecuente³³, con una prevalencia estimada muy baja, entre un 0.5 y un 4% de la población psiquiátrica^{29,30,31,32}. Sin embargo, algunos clínicos ya sospechaban que la población que consultaba por estos síntomas no era significativa de la auténtica incidencia en la población general. El carácter desagradable, absurdo e inaceptable de las formaciones obsesivas dificulta su comunicación y la petición de ayuda, por lo que es frecuente que el sujeto no consulte y, si lo hace, sea por otro tipo de síntoma: tristeza, angustia, insomnio.

A partir de la década de los ochenta, gracias a los avances estadísticos y a la creación de criterios diagnósticos unificados, fue posible la investigación de los trastornos mentales en la población general. El ejemplo más representativo lo constituyó el programa ECA, amplio estudio epidemiológico puesto en marcha en Estados Unidos que aportó unas cifras de prevalencia del TOC en un periodo de seis meses de 1.6%³⁴ y a lo largo de la vida - es decir, la proporción de población que ha padecido la enfermedad en algún momento de su vida- en torno al 2,5%³⁵. Estos datos situaron al TOC, en contra de las apreciaciones previas, como un trastorno más frecuente de lo esperado, en cuarto lugar tras las fobias, el abuso de tóxicos y la depresión mayor³⁶. El estudio de la ECA ha sido criticado por cuestiones metodológicas, básicamente por haber utilizado entrevistadores inexpertos que podrían haber sobrevalorado las respuestas^{33,41}. Estudios posteriores han obtenido cifras similares^{37, 70}, inferiores y superiores: en la literatura consultada las tasas de prevalencia estimada para la población general oscilan entre el 0.6⁴¹ y el 11%³⁸.

Algunos autores están llamando la atención sobre el aumento de la frecuencia en el diagnóstico del TOC, sobre todo en la literatura americana. Las razones que pueden

explicar este aumento se refieren, por un lado, al tipo de entrevistadores que han realizado gran parte de estos estudios: entrevistadores con escasa preparación clínica que tienden a confundir las preocupaciones que aparecen, por ejemplo, en el trastorno de ansiedad generalizada, con auténticas obsesiones; y, por otro, a los instrumentos utilizados, como el DIS, escala empleada para el estudio de la ECA, que ha demostrado una pobre estabilidad diagnóstica en estudios posteriores^{41,42,43,44}.

En nuestro país, Ballús y Vallejo³⁰ consideran que este aumento de la prevalencia puede deberse, además, a la confusión entre síntomas compulsivos e impulsivos, frecuente en las publicaciones americanas, confusión que implica considerar conductas obsesivas las derivadas de patología neurológica o las que se presentan en los trastornos del control de impulsos.

En cuanto a las diferencias entre países, las tasas de prevalencia más bajas se hallan en Taiwan y la India (de 0.5 a 0.9%) y las más altas en Norteamérica y América Central (entre 2.6 y 3.2 %), siendo comparables los métodos de investigación utilizados^{39,40}.

1.3.2. Variables sociodemográficas

1.3.2.1. Sexo

La incidencia entre sexos parece ser la misma^{36,46}, aunque hay variaciones en algunos subgrupos: las obsesiones de contaminación son más frecuentes en mujeres y la lentitud obsesiva primaria afecta más a los hombres¹³. En adultos con TOC de inicio precoz es mayor la incidencia de varones y el predominio de las compulsiones de comprobación sobre las de lavado⁴⁵. Las mujeres tienen una edad de inicio más tardía y mayor frecuencia de antecedentes de trastornos depresivos y trastornos de alimentación⁵¹, mientras que en los varones se encuentran con más frecuencia antecedentes de rasgos de personalidad de tipo ansioso y meticulosidad⁵¹. En los niños, la proporción de varones sobre niñas es de 2:1, predominando en los chicos las obsesiones sobre números. Cuando el inicio es muy precoz debe realizarse el diagnóstico diferencial con el trastorno autista¹³. No hay diferencia entre los sexos en relación con la presencia de antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica⁵¹.

1.3.2.2. Estado civil y tasa de fertilidad

Existe un alto porcentaje de solteros en el TOC⁴⁶, pero los datos no son concluyentes: unos estudios^{31,47} encuentran un predominio de sujetos solteros, aunque no en una proporción significativamente mayor a la de otras patologías mentales, y otros³⁶ afirman que la tasa de solteros que padecen este trastorno es superior a la encontrada en otras neurosis. Hay autores que opinan que puede existir una relación inversa entre la gravedad de la enfermedad y el matrimonio³². Dentro de la población casada, se considera que es muy frecuente la presencia de desavenencias y problemas conyugales³⁶, sobre todo cuando el que padece la enfermedad presenta tanto obsesiones como compulsiones, en lugar de sólo obsesiones⁴⁷.

Para Yaryura-Tobías³², la gravedad de la enfermedad dificulta la posibilidad de casarse y, si la enfermedad se agrava tras el matrimonio, cifra en casi la mitad de los casos la existencia de conflictos.

El porcentaje de solteros en el TOC es mayor en hombres que en mujeres⁵¹, los que se casan suelen hacerlo a edades superiores a la media, tanto de la población general, como de otras poblaciones psiquiátricas y también tienden a tener un menor número de hijos^{1,45}, siendo las tasas de fertilidad significativamente menores en aquellos pacientes con sintomatología más grave⁴⁹. Hay una proporción superior de mujeres casadas padeciendo TOC que hombres y también una mayor tasa de natalidad en ellas⁵¹. Sin embargo, los sujetos obsesivos no se diferencian en su historia sexual de otros grupos de pacientes con trastorno de pánico y trastorno depresivo⁵⁰.

1.3.2.3. Posición ordinal entre hermanos

Aunque muchos estudios han investigado la influencia del orden del nacimiento en el desarrollo del TOC, sobre todo basándose en la hipótesis de que su aparición sea más frecuente en hijos únicos o primogénitos, los resultados no han sido concluyentes^{48,50}. Tallis¹³ se pregunta si reviste algún interés esta investigación, dado que está demostrado que los primogénitos tienen, en general, más alteraciones psicopatológicas⁵⁴. Rasmussen y Eisen⁵³, aun encontrando un 34% de primogénitos en una muestra de 404 pacientes, no establecen una relación entre el orden de nacimiento y

el pronóstico de la enfermedad. Sugieren que, con el primer hijo, los padres pueden sentir más ansiedad y demostrar mayor rigidez, algo que podría disminuir con los hijos posteriores.

1.3.2.4. Nivel socioeconómico

Mientras que algunos estudios señalan que la frecuencia del TOC es mayor en clases altas^{55,56} y otros en las clases bajas⁵⁷, los hay que consideran una distribución probablemente equitativa entre ellas^{1,32}, aunque sí sean las clases más favorecidas las que consulten con más facilidad.

1.3.2.5. Cociente intelectual

Frente a la postura que consideraba que los pacientes obsesivos podían tener un cociente intelectual algo superior a la media, los estudios que utilizan el mismo instrumento (WAIS) encuentran que, sin hallar un cociente global superior a la media esperada, es significativo encontrar altas puntuaciones en las escalas verbales, en oposición a las manipulativas^{30,48}. También se encuentran alteraciones en las pruebas neuropsicológicas que evalúan las funciones del lóbulo frontal^{13,30}.

1.3.2.6. Factores culturales y religiosos

Aunque no existen diferencias en las características básicas de las obsesiones y compulsiones, ni en las diferentes culturas o países, ni a lo largo de la historia¹, hay un consenso general en considerar la gran influencia del aprendizaje, y del medio en el que éste se realiza, sobre la gestación del TOC: generalmente ambientes rígidos, muy exigentes en temas referentes a la limpieza, el orden, la disciplina y con un sistema de valores poco flexible³⁰. La religión, sobre todo si se ha recibido de forma represiva y punitiva, puede influir en la aparición de obsesiones religiosas, sexuales y agresivas⁵³. Freud⁶⁰ ya estableció claramente los paralelismos entre los rituales religiosos y los que aparecen en el TOC: ambos son útiles tanto para reducir la angustia como para conjurar daños y catástrofes. La culpa y la duda son aspectos que con frecuencia se encuentran en pacientes obsesivos creyentes^{58,59}. Sin embargo, Yaryura-Tobías y cols.^{32,46} no hallan diferencias de la incidencia del TOC entre diferentes religiones de tres estados de

Estados Unidos, pero si encuentran una tasa más alta, estadísticamente significativa, en ateos y agnósticos frente a creyentes. El TOC parece asociarse más al tipo e intensidad de las creencias, que a una religión determinada^{13,67}, aunque tradicionalmente se le ha prestado más atención al judaísmo y al catolicismo, tal vez por la similitud entre el papel que juega la culpa tanto en el TOC como, especialmente, en la religión católica. Steketee⁵⁹ encuentra que una gran devoción religiosa se asocia a más culpa en el TOC, pero no en otros trastornos de ansiedad. El tipo de religión puede afectar a la fenomenología, a la forma de manifestarse el TOC, como lo demuestra la comparación de los resultados obtenidos en Egipto que son similares a los de Jerusalén y diferentes a los hallados en Gran Bretaña y la India⁸¹.

1.4. CLÍNICA

1.4.1. Edad de inicio

La edad de inicio es variable. En la mayoría de los casos, en torno a los 20 años³⁶. Hay un grupo de inicio precoz, generalmente varones, en el que predominan las compulsiones¹³. Hay otro grupo de inicio tardío en el que sólo aparecen obsesiones⁴⁷. Según el estudio de la ECA³⁶, la edad media de inicio del TOC oscila entre los 21 y 25 años. En un 20% los síntomas se iniciaron en la infancia y en un 29% en la adolescencia. Aunque en el estudio de Edmonton⁶¹, la edad media gira en torno a los 21.4 años, siendo el promedio de 20 años para los varones y 19 para las mujeres, en la mayoría de los estudios realizados, se halla una edad de inicio más precoz en varones^{42,46,62}. Alrededor del 50% de los adultos con TOC presentan síntomas obsesivos a los 15 años⁶³; después de los 35 años, sólo un 15% y, según Pollit⁶⁴, sólo un 4% se inicia tras los 40 años de edad. Es frecuente que los pacientes hayan presentado en su adolescencia síntomas obsesivos con escasa interferencia antes de debutar el trastorno en su forma completa, siendo también en este caso, la edad de aparición más precoz en niños que en niñas^{30,53}. El TOC de inicio precoz (5-15 años) es más frecuente en varones, mientras que el TOC de inicio tardío (26-35 años) es más frecuente en mujeres⁴⁵.

1.4.2. Edad de la primera consulta

Independientemente de la edad de inicio, suelen pasar siete u ocho años desde éste hasta la primera consulta^{29,32}: una prueba más, para Tallis¹³, del carácter oculto de este trastorno. Sin embargo, parece que en la actualidad este lapso es inferior al del pasado¹, algo que reviste interés, dado que el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la primera consulta influye en el pronóstico de la enfermedad, empeorándolo³². Hay autores⁴⁶ que encuentran un periodo de tiempo diferente según el sexo: edad de la primera consulta en varones: 20,3 años, para una edad de inicio de 16,3 y, en las mujeres, la primera consulta se sitúa en torno a los 26,4 años, con un inicio a los 20,8; es decir: 4 años para los hombres y 5,2 para las mujeres.

1.4.3. Formas de inicio y relación con desencadenantes

Es más frecuente el inicio gradual que el agudo. Este inicio agudo es más frecuente en mujeres que en varones, y en cuadros clínicos caracterizados por compulsiones de limpieza frente a los que predominan las comprobaciones, los cuales suelen tener un inicio progresivo. Sin embargo, el papel de los acontecimientos vitales en el desarrollo del TOC no está admitido por todos los investigadores: mientras algunos lo minimizan¹ - o únicamente lo encuentran en menos de la tercera parte de los casos^{33,70,72} -, otros^{29,71} citan cifras que oscilan entre el 50 y el 90% de casos en los que puede hallarse algún tipo de suceso vital estresante en el último año previo a la aparición de la enfermedad, destacando problemas que afectan a la salud del sujeto o familiares, situaciones de duelo, traumas sexuales, problemas laborales, cambios vitales que conllevan un aumento de responsabilidad y, en mujeres, embarazo y parto^{68, 69}. De cualquier manera, su papel no está tan claro como en los trastornos depresivos⁶⁵, aunque la detección de desencadenantes previos sea similar³⁰. Encontramos, sin embargo, casos en los que, ante una situación vital deparadora de angustia y temor el sujeto obsesivo se ve libre, aunque sea de forma transitoria, de sus síntomas²⁹; pero también hay otros que ven cómo éstos se agravan en situaciones de estrés^{1,69,72}. Hay que señalar que el papel de los acontecimientos aparentemente precipitantes del TOC no puede deslindarse de la personalidad previa del sujeto o de la concomitancia con otros factores: culturales,

étnicos, etc⁶⁹. Prácticamente todos los autores consultados coinciden en considerar un origen multifactorial en su aparición⁶⁶.

1.4.4. Curso y pronóstico

En la mayoría de autores y estudios consultados encontramos un curso crónico, sin remisiones, en una proporción que oscila entre el 50 y el 98% de los casos^{1,29,33,69,72}, de éstos, un 10 a un 15%^{33,70,72}, evoluciona de forma maligna, hacia un gran deterioro, mientras que el resto lo hace de forma episódica o fluctuante. En resumen, el TOC suele evolucionar de forma continuada, crónica, aunque no con la misma intensidad e interferencia.

En cuanto a la relación entre la evolución y el deterioro o la discapacidad ligada al TOC, señalaremos dos clasificaciones:

- Müller, en 1953 (citado por Pollit²⁹), establece cinco grupos:
 - I. Pacientes remitidos, libres de síntomas y socialmente adaptados.
 - II. Aquellos que, adaptados socialmente, presentan síntomas en grado leve.
 - III. Pacientes mal adaptados socialmente, a pesar de que sus síntomas han mejorado desde el inicio.
 - IV. Aquellos cuyos síntomas van agravándose, o son tan severos e incapacitantes como cuando fueron vistos por primera vez.
 - V. Pacientes en los que los síntomas obsesivos han sido reemplazados por otros fenómenos.
- Costa, en 1971 (citado por Salgado y cols.³⁰), señala también cinco formas de evolución:
 - I. Cuadros con inicio insidioso, larga evolución y adaptación casi normal.
 - II. Curso intermitente con períodos libres de síntomas.
 - III. Formas de evolución crónica maligna, que lleva la invalidez.
 - IV. Cuadros episódicos que remiten espontáneamente o con tratamiento.
 - V. Formas obsesivoides, es decir, aquellos síntomas obsesivos que aparecen en el curso de otras patologías psiquiátricas o neurológicas.

Se consideran factores de buen pronóstico: la personalidad y la adaptación social previas al inicio del trastorno^{69,73,74}, presencia de factores precipitantes⁶⁹, corto espacio de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta^{69,73}, ausencia de sintomatología en la infancia⁷³, curso episódico⁶⁹ y síntomas leves o atípicos, con predominio de las obsesiones sobre las compulsiones⁷³. Por el contrario son factores de mal pronóstico: ser varón y con inicio precoz, síntomas que incluyan necesidad de simetría y exactitud, presencia de síntomas depresivos y psicóticos, antecedentes familiares de TOC¹⁸, personalidad premórbida patológica, gravedad clínica al inicio, soltería y antecedentes de hiperactividad en la infancia⁶⁹.

No parecen ser determinantes, para muchos autores^{30,64,74}, ni la forma en que debuta, ni la sintomatología con que lo hace, ni tampoco el tipo de evolución. De hecho, como explica Tallis¹³, las manifestaciones clínicas del TOC pueden variar a lo largo de la enfermedad. Pueden variar tanto las ideas obsesivas, como las compulsiones que de ellas derivan. Pueden producirse cambios dentro de un mismo sujeto y también variaciones entre los sujetos, sin que pueda establecerse una regla temporal.

También se ha señalado la posibilidad de que algunos pacientes desarrollen a lo largo del tiempo la capacidad de adaptarse a convivir con sus síntomas, que permanecen en un grado subclínico, con poca interferencia y malestar⁴².

1.4.5. Comorbilidad

El TOC no suele presentarse aislado, tiene una gran comorbilidad con otros trastornos, con otros síntomas no obsesivos -aunque no lleguen a constituir un síndrome completo- y con trastornos de la personalidad, anancástica o no. La comorbilidad puede enmascarar el diagnóstico³³ e influir tanto en la evolución del trastorno, como en la respuesta al tratamiento⁶⁵, por lo que es innegable su interés en la práctica clínica y en la investigación.

Los datos obtenidos a partir del estudio del programa ECA sobre la comorbilidad del TOC en población general³⁶ señalan la asociación frecuente con otros trastornos tales como los depresivos, de ansiedad y fóbicos, esquizofrenia, abuso de alcohol, trastornos del control de impulsos, de la alimentación y síndrome de Gilles de la Tourette.

La coexistencia de los trastornos obsesivos con los **trastornos depresivos** es, tal vez, la más estudiada. Según Rasmussen y Eisen³³, se encuentran antecedentes de depresión mayor en dos terceras partes de los pacientes diagnosticados de TOC, el tercio restante presenta dicho diagnóstico en el momento de la primera consulta. Sin embargo, sólo en el 15% el episodio depresivo es primario, en el 85% restante los síntomas depresivos son secundarios a la clínica obsesiva. En múltiples trabajos se señala la frecuente presencia de ánimo o síntomas depresivos^{33,48,72,76}, incluso con cifras en torno al 35% de trastornos afectivos primarios^{48,77,81}, lo que ha movido a que, tanto autores clásicos como actuales se pregunten si los trastornos obsesivos y depresivos comparten una misma etiología. Pero la distinta historia natural de los dos grupos –edad de inicio, curso clínico, etc.- así como la diferente respuesta a los tratamientos –ineficacia de los antidepresivos no selectivamente serotoninérgicos en el TOC- no abundan en esa dirección por lo que, como resume Vallejo⁷⁵: “Más factible parece que ambos trastornos, aun siendo diferentes, compartan una cierta predisposición, de forma que la presencia de uno favorezca la aparición de otro”. López-Ibor y cols.⁷⁷ coinciden también al considerarlos trastornos clínicos diferentes, pero consideran que los síntomas obsesivos y compulsivos pertenecen al ámbito de los síntomas depresivos, aspecto al que se une Demetrio Barcia⁸⁰, para quien las obsesiones “expresan dificultades de la patología témporo-espacial del enfermo melancólico”.

Lo que sí parece excepcional es la presencia simultánea de obsesiones y ánimo maníaco o incluso hipomaníaco. En el caso de que éste aparezca, desaparecerán las formaciones obsesivas: de hecho, el paciente maníaco puede presentar impulsiones, no compulsiones^{75,78}.

En cuanto a la relación entre el TOC y los **trastornos de ansiedad**, encontramos dos posturas diferentes: aquellos que encuentran elevadas cifras de coincidencia en la aparición simultánea de ambos grupos, tales como Rasmussen y Eisen⁶² con cifras de 28% de fobias simples, 26% de fobias sociales, 15% de trastorno de pánico y 15% de ansiedad de separación; Austin y cols.⁸², que señalan una asociación del 39% con antecedentes de trastorno de pánico, un 14% con dicho trastorno en el momento de la evaluación, 14 % de fobias sociales y 19% de fobias simples; además de estudios realizados en muestras de pacientes con un diagnóstico de trastorno de angustia, en los

que aparecen cifras que oscilan entre el 15% y el 27% de los pacientes que también presentan TOC^{83,84,85}, y el estudio de Edmonton⁷⁰, en el que se halla una tasa del 9,8% de trastorno de pánico y otra del 44,7% de fobias –no especifica el tipo-, en sujetos con TOC, cifras muy superiores a las obtenidas en la población que no lo presentaba. La otra postura es defendida por los autores que encuentran cifras inferiores (curiosamente un trabajo previo de Rasmussen y Tsuang⁷²) o ausentes⁷⁵.

Cuando aparecen síntomas obsesivos en el trastorno de pánico⁸⁴, o en la fobia social⁸⁶, el pronóstico se ensombrece, sobre todo a causa de una peor respuesta al tratamiento; sin embargo parece no empeorar el pronóstico de la agorafobia⁸⁵. En el estudio sobre la estabilidad del diagnóstico del TOC tras la investigación llevada a cabo por el programa ECA, se ha comunicado que los sujetos en los que, al ser reexaminados, confirmaban el diagnóstico inicial, tenían con mayor frecuencia ansiedad y depresión concomitantes⁴³.

Vallejo Ruiloba⁷⁵ establece que la relación que presentan las obsesiones con las **psicosis** puede resumirse en cuatro grupos:

1. Fenómenos obsesivoides que surgen en el curso de la esquizofrenia. Se diferencian de las auténticas ideas obsesivas en ser menos intensas y más difusas y pueriles, tener menor carga emocional, son vividas con pasividad e indiferencia, el contenido es egodistónico, el sujeto carece de *insight* y se acompañan de otros fenómenos de la esfera esquizofrénica. Parece que estos síntomas, cuando se mantienen de forma persistente, empeoran el pronóstico de la esquizofrenia^{88,90}. Eisen y cols⁹² encuentran un 7,8 % de TOC en una muestra de 77 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

2. TOC que evoluciona hacia una esquizofrenia. Probablemente el cuadro psicótico ya estuviera en el origen, como señala Goodwin⁷³ en su revisión de trabajos previos que comunicaban que del 1 al 10 % de los pacientes con TOC desarrollaban una esquizofrenia en su evolución.

3. Subgrupo de pacientes con TOC con mayor gravedad, denominado clásicamente como psicosis obsesiva^{22,25} o enfermedad obsesiva maligna. Para Vallejo, no son psicóticos sino obsesivos en los que la cronicidad, el deterioro social al que ha conducido su evolución y la pobre respuesta terapéutica, presentan una gran semejanza

con la esquizofrenia. Algunos autores incluyen aquí el grupo de pacientes que tienen también un trastorno esquizotípico de la personalidad⁸⁷. Desde una óptica cognitiva, dadas las similitudes en algunos aspectos del procesamiento de información, otros autores proponen incluir al TOC en el grupo de trastornos esquizofrénicos en lugar de la actual –y controvertida- ubicación dentro de los trastornos de ansiedad⁸⁹. Se incluyen también aquí los casos que el DSM-IV denomina *con poca conciencia de enfermedad*, en los que los pacientes considera razonables las obsesiones. Suele haber un predominio de hombres, solteros, que han consultado por primera vez a una edad temprana y con mayor tendencia a evolucionar hacia el deterioro⁹¹.

4. Los pacientes obsesivos que en algún momento de su evolución presentan un episodio psicótico pierden durante esas crisis la sintomatología obsesiva. Estos episodios psicóticos, generalmente reactivos y transitorios, suelen ser de tipo paranoide o afectivo²².

La relación entre el TOC y el **síndrome de Gilles de la Tourette** es muy estrecha: según Hantouche, de un 55% a un 75% de los pacientes con dicho síndrome padecen TOC; el 63% de los obsesivos varones han tenido tics y el 50% de los obsesivos tienen antecedentes familiares de tics. Por otro lado, en las familias de pacientes con tics se encuentran antecedentes familiares de TOC en un 22%, una prevalencia netamente superior a la de la población general (1-3%)⁶⁵. En el síndrome de Gilles de la Tourette las formaciones más frecuentes son las ideas de simetría y violencia sexual acompañadas de rituales de contar, tocar y automutilación^{93,94}. Una diferencia fundamental entre ambas entidades consiste en que mientras en el TOC las compulsiones derivan de las ideas obsesivas, las conductas compulsivas observadas en el síndrome de Gilles de la Tourette son más primarias, independientes de las obsesiones⁹⁴.

La relación entre el TOC y los **trastornos de la alimentación** también es un tema controvertido. Vidal Rubio y cols., en una exhaustiva revisión de la literatura, señalan que los TOC se asocian a antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa de un 10% a un 42% y a bulimia de un 3% a un 6.5%, siendo los porcentajes más bajos los más frecuentes⁹⁵.

En los últimos años se habla, cada vez con más frecuencia, de una categoría de trastornos relacionados con los fenómenos obsesivos: el **trastorno del espectro obsesivo compulsivo**. Hollander y Benzaquen lo definen como un grupo de entidades clínicas que comparten con el TOC síntomas clínicos, aspectos epidemiológicos y de historia de la enfermedad, posibles etiologías y respuestas a tratamientos farmacológicos y conductuales. Esta hipótesis sitúa los diagnósticos que engloba sobre una línea continua en uno de cuyos extremos, el extremo compulsivo, estaría el TOC y en el otro, el impulsivo, el trastorno de personalidad antisocial. Entre ambos encontramos: el trastorno dismórfico corporal, la anorexia nerviosa, el trastorno de despersonalización, la hipocondría, el síndrome de Gilles de la Tourette, la bulimia nerviosa, la compra compulsiva, la cleptomanía, la ludopatía, las conductas autoagresivas, las compulsiones sexuales y el trastorno de personalidad límite. También incluyen la onicofagia, la tricotilomanía y los cuadros en los que coexisten síntomas obsesivos y psicóticos o ideas sobrevaloradas^{33,96}. El polo compulsivo supone biológicamente hiperfrontalidad y aumento de la sensibilidad serotoninérgica; cognitivamente, una sobreestimación y por ello evitación del riesgo y la conducta repetida busca disminuir el malestar derivado de la idea obsesiva. Por el contrario, el polo impulsivo se caracteriza por una hipofrontalidad, una subestimación del daño y búsqueda del riesgo y sus conductas se dirigen a una clara obtención de placer. Los autores estiman que este conjunto de trastornos puede afectar a un 10 % de la población estadounidense⁹⁶.

Pero junto al TOC no concurren sólo otras entidades, también podemos encontrar **síntomas no obsesivos que no llegan a configurar un trastorno** con todos los criterios diagnósticos. Para Vallejo Ruiloba, la ansiedad se encuentra en todos los subgrupos de obsesivos -aunque en menor proporción en los que presentan lentitud obsesiva primaria- y, junto a la depresión y la hostilidad, forma parte tanto del estado emocional de estos pacientes, como de los síntomas y sus repercusiones¹⁰⁰. De hecho, la irritabilidad se ha relacionado significativamente con la severidad global de las obsesiones y con el grado de interferencia en la vida diaria del paciente⁷⁹. Los síntomas disociativos se relacionan directamente con mayor gravedad de la enfermedad obsesiva y mayor probabilidad de que coexista un trastorno de personalidad⁹⁷. La prevalencia de síntomas obsesivos en los pacientes hipocondríacos probablemente es elevada⁹⁸ y los

temores y creencias hipocondríacas también son frecuentes en obsesivos, pero en menor medida que en sujetos con trastornos ansiosos y depresivos⁹⁹.

La comorbilidad del TOC y los trastornos de la personalidad se analizará en el siguiente apartado.

1.4.6. Relación del TOC y la personalidad

Se consideran características de la personalidad obsesiva la sensación subjetiva de pérdida de concentración, interés y energía, pensamiento ineficaz, inseguridad, inhibición en las relaciones sociales, indecisión con tendencia a la duda y a los escrúpulos, perfeccionismo, necesidad de ordenar y reglamentar las actividades del sujeto y del entorno e inclinación a coleccionar o acumular. Estos síntomas forman parte de las descripciones clásicas de Janet sobre la psicastenia y de Freud sobre el carácter sádico-anal, de las que derivan los actuales conceptos de personalidad anancástica (CIE-10)²¹ y personalidad obsesiva (DSM-IV)²⁰.

Estos rasgos pueden ser bien tolerados por el sujeto, sin provocarle malestar o angustia y sin que deba resistirse a ellos. Cuando adquieren gran intensidad, no favorecen la adaptación al medio, más bien la dificultan, interfiriéndola o interfiriendo la de otros, podemos hablar de un trastorno anancástico u obsesivo compulsivo de la personalidad¹. Según el estudio de la ECA, la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad en la población general alcanza el 1,7%¹⁰⁵.

Para Tallis, en la descripción de Janet sobre las fases que atraviesa la enfermedad obsesiva en su evolución –estado psicasténico, agitaciones forzadas y estadio de las obsesiones y compulsiones- está implícita la existencia de un continuo obsesivo que, partiendo de las obsesiones que aparecen en la vida cotidiana sin sobrepasar el umbral que las convertiría en síntomas, atraviesa el trastorno de la personalidad y alcanza la neurosis sintomática¹³.

Según Freud las características básicas del erotismo anal –tacañería, ordenancismo y obstinación- predisponían a padecer la neurosis obsesiva^{102, 103}, aunque no necesariamente debía producirse dicha transición¹³. Los estudios actuales que han intentado confirmar esta hipótesis buscando los rasgos descritos por Freud en pacientes con TOC clínico no lo consiguen, sobre todo si se basan en instrumentos de medida y no

sólo en observaciones clínicas. Los datos aportados por Vallejo y cols., aplicando el Cuestionario de rasgos de personalidad obsesiva (CRPO)¹⁰⁴, encuentran efectivamente dichas características en los pacientes obsesivos, pero no en un porcentaje estadísticamente significativo frente al grupo control.

Clásicamente se consideraba que la existencia de personalidad obsesiva en el TOC era muy alta, entre el 53% y el 83%; aunque estos datos se deducían de observaciones clínicas y no se han confirmado en los estudios posteriores utilizando criterios diagnósticos¹⁰⁴. En la descripción que Kurt Schneider realizó de las *psicopatías*, actualmente denominadas trastornos de la personalidad, no aparece una distinción nítida entre los psicópatas anancásticos u obsesivos –incluidos, junto a los sensitivos, dentro de la categoría de los psicópatas inseguros de sí mismos- y la neurosis, proponiendo la sustitución del término neurótico obsesivo por el de psicópata anancástico¹⁶³.

Los estudios que se realizaron siguiendo los criterios del DSM-III obtuvieron unas cifras mínimas de prevalencia de personalidad patológica en el TOC: del 0% al 6%^{104,106}. Sin embargo, al utilizar criterios DSM-III-R, los porcentajes hallados han sido superiores, aunque sin llegar a los del método clínico, oscilando entre el 14%^{107,108} y el 35%^{106,109,110}. Parece que una de las posibles razones de esta discrepancia radica en las diferencias entre el número de ítems exigido para el diagnóstico del trastorno de personalidad por las distintas versiones del DSM utilizadas.^{104,108}.

Así todo, el tipo de personalidad hallado con más frecuencia utilizando criterios DSM-III-R no siempre es el compulsivo: se admite que el *cluster* más frecuente es el C^{107,109}, pero muchos autores encuentran que, aislando los trastornos, el anancástico aparece detrás de otros como mixto, por evitación, dependiente, histriónico, esquizotípico, límite o pasivo agresivo^{111,112,113}. De nuevo encontramos discrepancias y críticas metodológicas: Rosen y Tallis aducen que, en la mayoría de los trabajos que estudian esta cuestión no se ha controlado el efecto de las alteraciones del ánimo y de la ansiedad y que, una vez corregidos, si encuentran una relación estadísticamente significativa entre los síntomas obsesivos y los rasgos anancásticos de la personalidad¹³.

Si bien la presencia de un trastorno de personalidad en sí mismo no parece influir en la respuesta al tratamiento, las personalidades tipo A: paranoide, esquizotípica

y esquizoide y, de otros grupos las evitativas y borderline, presentan peor respuesta y, por lo tanto, peor pronóstico del TOC^{93,101}. Los rasgos psicóticos que parecen más influyentes en esta mala respuesta son: ideas de referencia; discurso extravagante, disgregado y búsqueda minuciosa de la confirmación de las ideas preconcebidas, al margen del contexto global de la situación⁶⁵.

Baer y Jenike¹¹¹ proponen una hipótesis interesante: la posibilidad de que, en algunos casos, el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad sea secundario al TOC, una forma de adaptación a las conductas y el estilo de vida que éste marca. Y, desde otro punto de vista, Peter Tyrer advierte ante el riesgo de confusión que supone el hecho de que los síntomas fóbicos y obsesivos, cuando se manifiestan durante muchos años, pueden satisfacer también los criterios de rasgo, al considerarse representativos de la personalidad premórbida, sin serlo¹¹⁵.

Evidentemente, aspectos relativos a la personalidad previa del sujeto, a la forma que su trastorno adopta en la evolución y a la posibilidad de que el observador confunda síntoma y rasgo cuando el síntoma perdura años, o la transformación del síntoma en rasgo -aceptado e incorporado por el sujeto, probablemente como forma de adaptación a una enfermedad dolorosa e invalidante -, son interesantes preguntas que superan el propósito de esta tesis.

1.4.7. Diagnóstico diferencial

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con la **esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** cuando el contenido de las formaciones obsesivas es extravagante o el paciente presenta *insight* pobre. Sin embargo, las ideas psicóticas de la esquizofrenia y de las psicosis paranoides son totalmente lógicas para el sujeto; su certidumbre, irrefutable y nunca están envueltas en la atmósfera de duda que acompaña al obsesivo. A diferencia del psicótico, el obsesivo no proyecta la culpa, la responsabilidad de lo que le sucede, sobre fuerzas externas a sí mismo³². En el TOC no suelen existir alucinaciones, aunque las ideas obsesivas pueden alcanzar tal intensidad que el paciente las describa como voces acusatorias y las representaciones mentales, como alucinaciones visuales. En esos casos serán los síntomas acompañantes los que nos ayudarán en el

diagnóstico^{22,27,28}. Además, hay una ausencia de lucha ansiosa y, si se presentan conductas repetitivas, son mucho más mecánicas que las auténticas obsesiones²².

Los **trastornos depresivos** presentan, como hemos visto, una importante comorbilidad con el TOC, pudiendo solaparse ambos y dificultar el diagnóstico. Los síntomas depresivos reactivos son, junto a la ansiedad, los síntomas secundarios más comunes al TOC³². En el caso de que aparezcan síntomas de ambos en un episodio agudo, se debe hacer el diagnóstico del trastorno cuyos síntomas hayan aparecido primero; cuando los dos grupos de síntomas aparecen simultáneamente, es preferible diagnosticar primero el trastorno depresivo²¹.

También hay que distinguir el trastorno obsesivo de aquellos otros que se caracterizan por presentar conductas repetitivas y sobre las que el que las padece manifiesta tener un escaso control: bulimia, alcoholismo y abuso de otras sustancias, tricotilomanía, ludopatía y algunas conductas sexuales tales como el exhibicionismo y las parafilias. Aunque estos cuadros están siendo incluidos en el concepto del **espectro compulsivo** no presentan auténticas compulsiones: las conductas son placenteras para el sujeto, que no se resiste o, si lo hace es por las consecuencias negativas que pueden depararle en las esferas social y profesional¹²⁷.

La diferencia entre el TOC y la **personalidad anancástica** radica en que el sujeto que la posee está en armonía con ella, no duda sobre la conveniencia de sus actitudes y conductas y no intenta modificarlas.

1.4.8. TOC en infancia y adolescencia

El TOC es un trastorno que con mucha frecuencia se inicia en la infancia y en la adolescencia. En los estudios realizados en niños la edad promedio de inicio se ha encontrado entre 5.8 y 11.6 años¹¹⁷. El inicio precoz es más frecuente en varones¹³. La dificultad por parte del entorno para distinguir las compulsiones de los juegos y el carácter egosintónico de los síntomas para la mayoría de los niños suelen ser, generalmente, las causas de que el diagnóstico se realice meses más tarde de iniciado el cuadro. La sintomatología es similar a la del adulto, predominando las repeticiones de actos, tal vez con más frecuencia que en aquellos, los rituales de limpieza y las comprobaciones. La ejecución de los rituales puede tener una dependencia del contexto externo aún mayor que en los adultos, realizándose casi exclusivamente en el medio

familiar. Según Josep Toro: “La sintomatología específica del trastorno determina un estado disfórico que facilita los conflictos familiares, reduce significativamente las relaciones con los compañeros y compañeras (lo que implica mayor dependencia familiar y pérdida de gratificaciones socioafectivas) y empeoramiento del rendimiento académico (con las consecuencias negativas pertinentes sobre la autoestima, la conflictividad familiar y el nivel de disforia)”¹¹⁷. La comorbilidad a lo largo de la vida en los estudios de TOC en niños y adolescentes señala que el 75 % padecían, o habían padecido otro trastorno en el eje I del DSM-III-R. Los diagnósticos más frecuentemente hallados son: trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos por tics y anorexia^{117,118}. Al igual que en los adultos, el tratamiento de elección consiste en utilizar antidepresivos de acción selectiva serotoninérgica junto a terapia cognitivo-conductual^{116,118}. De cara a la evolución, los niños afectados tendrán mejorías importantes, pero no una remisión completa. Se consideran síntomas de mal pronóstico: la persistencia y gravedad de los síntomas tras cinco semanas de tratamiento farmacológico adecuado; la presencia de acontecimientos estresantes; la presencia de comorbilidad; enfermedad psiquiátrica en los padres; relaciones familiares caracterizadas por actitudes críticas y punitivas hacia el paciente, y familias con gran aislamiento social¹¹⁸.

1.4.9. Influencia parental y factores genéticos

Ya hemos señalado la influencia del ambiente en la manera de manifestarse el TOC y la acción innegable del contexto en el que el niño desarrolla su aprendizaje, básicamente el núcleo familiar. Si este ambiente es tan decisivo, podría esperarse que en una familia en la que uno de los progenitores padece un trastorno obsesivo los hijos lo reproduzcan; sin embargo, éstos desarrollan conductas obsesivas con poca frecuencia, y si lo hacen son del tipo de dependencia y timidez¹. El riesgo para padecer un TOC en familiares de primer grado de pacientes obsesivos está en 3,4%, pero si se aísla el grupo de inicio precoz, el riesgo asciende hasta 8,8%¹¹⁹. Cuando el diagnóstico de TOC se realiza con criterios menos restrictivos, los denominados casos subclínicos, el riesgo de padecer un TOC entre los padres es de 16%¹²⁰. Lenane y cols. encuentran que del 20 al 25% de los familiares de primer grado, especialmente los padres, de los obsesivos

estudiados, padecían un TOC, pero el tipo de sintomatología obsesiva de los padres difería de las de los hijos¹²¹.

Los estudios sobre la transmisión genética del TOC no son concluyentes⁶⁵. Sí parece probable que se transmita la predisposición a padecer trastornos de ansiedad, pero no específicamente la enfermedad obsesiva¹. Incluso los autores que defienden la vía genética como relevante, reconocen que es insuficiente, debiendo aceptar otros factores etiológicos⁶⁵; hasta aceptando que existen casos familiares de TOC, no todos los trastornos obsesivos pueden considerarse familiares¹¹⁶.

1.5. PSICOPATOLOGÍA

1.5.1. Definiciones y características básicas

Las *obsesiones* consisten en ideas, impulsos o imágenes indeseables y persistentes, que causan malestar y ansiedad; son, en gran parte, involuntarias e interrumpen el curso de la actividad de la consciencia¹³. Suelen experimentarse, al menos al principio, como invasoras y absurdas o sin sentido y el sujeto las vive como algo que le ocurre pasivamente¹²⁴; aunque - como veremos más adelante- se oponga, al menos inicialmente, a ellas.

Las *compulsiones* son conductas repetitivas que generalmente aparecen como respuesta a una obsesión y pueden ser abiertas, observables, o cerradas, inobservables¹³. Son finalistas e intencionales –conjurar un peligro, reducir la ansiedad- y siguen unas reglas determinadas. No son placenteras, y también suelen provocar resistencia, aunque la acción es precedida de una sensación de urgencia compulsiva¹²⁴.

*Las características básicas de las formaciones obsesivas*¹²² se concretan en:

- Se presentan en primer plano de la actividad del sujeto, interfiriéndola.
- Este reconoce que se originan en sí mismo, nunca como resultado de un agente externo.
- Son molestas, desagradables e hirientes para quien las padece.

- Generalmente son rechazadas por el sujeto, quien intenta luchar, oponerse a ella, aunque de forma infructuosa.

Pero hay también otros conceptos básicos en la patología obsesiva.

1.5.2. Resistencia

La *resistencia* es la lucha interna que el sujeto mantiene contra las obsesiones y las compulsiones¹⁰⁰. Puede experimentar fluctuaciones, siendo mayor, generalmente al inicio de la enfermedad. El grado con el que un paciente accede o resiste a las compulsiones suele depender de factores ambientales: un sujeto puede, por ejemplo, ceder en su domicilio y resistirse eficazmente en el trabajo. Para Rachman y Hodgson (citados por Tallis¹³), la cronificación de la enfermedad puede ser el resultado de la renuncia de la lucha, capitulando sin ofrecer resistencia. En esta misma línea, Rasmussen y Tsuang⁷² confirman que los pacientes de larga evolución son los que presentan valores más bajos de resistencia. Insel¹²³ considera que la resistencia varía también en relación con el tipo de formaciones obsesivas presentes, siendo alta cuando predominan las dudas y las compulsiones de comprobación, moderada con los temores de contaminación y rituales de lavado y leve, prácticamente ausente, en el subgrupo que presenta lentitud obsesiva primaria.

1.5.3. Interferencia

La *interferencia* se refiere al grado en que la enfermedad llega a modificar las actividades del paciente. No guarda relación con la gravedad del trastorno: pacientes muy graves, con un gran número de síntomas, son capaces de seguir desempeñando sus tareas, efectuando casi siempre sus compulsiones en su domicilio; mientras otros, de igual gravedad, pueden estar completamente bloqueados a causa de su sintomatología. Insel cree que, por ese motivo, la interferencia está más relacionada con la capacidad de adaptación del sujeto que con la gravedad de la enfermedad¹⁰⁰.

1.5.4. Estilo cognitivo

Históricamente se han descrito una serie de actitudes y conductas que pueden constituir un *estilo cognitivo* con síntomas o rasgos de personalidad íntimamente

relacionados con el TOC: perfeccionismo, necesidad de control, ausencia de seguridad o de convicción interior, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, con tendencia a demorarlas, sensación de incompletud y duda patológica, entre otros. Para Tallis¹³, constituyen un conjunto, un *cluster*, en el que el rasgo más prominente lo establece la duda. Rapoport (citada por Tallis) llega a sugerir que los pacientes obsesivos pueden haber perdido una única función: la habilidad de saber si saben algo. Rapoport enlaza así con las concepciones clásicas que denominaban el trastorno como *manie du doute*.

Tanto autores clásicos -Freud y Janet- como actuales -Rachman-, señalan la importancia de la memoria y sus posibles alteraciones en muchos fenómenos obsesivos: una inseguridad en la memoria, o una alteración de la memoria, podría originar la duda y poner en marcha los rituales de verificación y, al persistir la disfunción mnésica, la duda se mantiene sobre si el ritual ha sido realizado de forma correcta. Freud¹⁰³ sostenía que cuando el paciente obsesivo se percata de la poca fiabilidad de su memoria, extiende sus dudas sobre todas las cosas. Rachman (citado por Tallis¹³), considera que la falta de habilidad para recordar eventos está en el origen de las rumiaciones obsesivas.

Aunque existen discrepancias en considerar si la duda es un síntoma o un rasgo -rasgo generador de síntomas -, hay un consenso en admitir su presencia real en el TOC y en reconocer que es específica para las situaciones en las que surgen los síntomas: un paciente con temores de contaminación y rituales de lavado experimenta dudas sobre la limpieza de sus manos, por ejemplo, pero no sobre otros temas no relacionados con su temor.

Tallis¹³, revisando las investigaciones biológicas sobre el tema, señala cómo, en los pacientes obsesivos, hay una reducción del flujo sanguíneo cortical cuando tienen ansiedad, lo que compromete las habilidades para realizar las secuencias del procesamiento de información; además, en el TOC puede existir un funcionamiento anormal de los ganglios basales, implicados en el procesamiento de la información no verbal, por lo que los fenómenos relacionados con la duda surgirían causa de fracasos en estos sistemas y se exacerbarían en situaciones de ansiedad, a través de conexiones con el sistema límbico.

Para Vallejo¹⁰⁰ -basándose en las concepciones de Janet y en las aportaciones de Montserrat-Esteve- la duda obsesiva nace de una incapacidad para comprender la

realidad, provocando una concepción tan rígida y estricta de ésta que atrapa al enfermo que siente, fuera de los límites que él mismo ha configurado, tal inseguridad que precisa comprobar una y otra vez que lo percibido es cierto, lo que supone reconfigurar – y acotar- cada vez más los límites trazados: “Por esta razón, la mencionada conciencia de patología que tienen estos enfermos es relativa, ya que, si bien aceptan como mórbidos los confines más evidentes de su trastorno, consideran normales determinadas creencias o actos, cuya normalidad es más que discutible, ya que están en la frontera de lo patológico”.

En resumen, el estilo cognitivo del paciente obsesivo tiene como objetivo evitar la ambigüedad y la incertidumbre, de ahí su necesidad de controlar la información, incluso de hiperclasificarla, para poder decidir adecuadamente, la tendencia a posponer las decisiones, algo que para Beech (citado por Vallejo¹⁰⁰) constituye el núcleo de los fenómenos obsesivos, que podría enlazar con la anticipación a consecuencias negativas, es decir, con una sobrevaloración del riesgo.

Vallejo¹⁰⁰ también hace hincapié en que las teorías actuales señalan que el obsesivo tiene dificultades para integrar la información de experiencias del pasado, discriminar entre la información relevante de la accesoría, planificar y tomar decisiones de cara a lograr la mejor relación beneficio- riesgo.

Tallis¹³, dentro de la psicopatología del TOC, señala la importancia, además de los fenómenos relacionados con la duda, de la mala tolerancia a la incertidumbre; la escrupulosidad, la valoración excesiva del riesgo, generadora de ansiedad; el ánimo depresivo –generalmente secundario- y la culpa. Parece que los sentimientos de culpa están estrechamente ligados al TOC, provenientes quizá de una moral excesivamente rígida y escrupulosa que gira en torno de un sentido de la responsabilidad personal desmesurado¹²⁴.

1.5.5. Clasificación de las obsesiones según la forma

Según Vallejo Ruiloba¹⁰⁰, las obsesiones pueden clasificarse en relación con la forma que adquieren en:

- Impulsos obsesivos: no son auténticos impulsos, sino ideas, generalmente de tipo agresivo o sexual, no aceptables por el sujeto, quién desarrolla la denominada *fobia de impulsión* como respuesta a la idea. También pueden aparecer en trastornos de ansiedad y cuadros depresivos. Se diferencian de los auténticos impulsos en que los obsesivos se acompañan de resistencia intensa.
- Imágenes o representaciones obsesivas: poco frecuentes, pero muy importantes. El paciente se ve asaltado por representaciones mentales, generalmente gráficas, visuales, pero con todas las características obsesivas, incluido el contenido desagradable o temido.
- Temores obsesivos: asociados generalmente a ideas de contaminación que generan compulsiones de limpieza y lavado. Hay que diferenciar los temores obsesivos de las auténticas fobias, las cuales suelen tener mayor carga angustiada, son menos complejas, más circunscritas, suelen acompañarse de crisis de ansiedad y la conducta de evitación es eficaz, cosa que no ocurre con los temores obsesivos ni con las fobias de impulsión antes citadas.
- Dudas: generalmente acerca de conductas realizadas o no por el sujeto, originan rituales de comprobación.
- Ideas obsesivas que no comparten las características formales descritas anteriormente.

1.5.6. Diagnóstico diferencial de las obsesiones

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial de las ideas obsesivas con otros tipos de ideas persistentes o molestas que pueden aparecer en distintas entidades clínicas, tales como las *ideas fijas*, también llamadas *preocupaciones mórbidas*¹, son ideas repetitivas e invasivas que asaltan al sujeto cuando se encuentra en una situación emocional angustiada o depresiva, hacen referencia a circunstancias reales del sujeto quien no las encuentra extrañas o absurdas, sino ajustadas a su realidad, por lo que no se resiste a ellas.

También hay que diferenciarlas de las *ideas sobrevaloradas*, que se refieren a aspectos de la biografía del sujeto o a situaciones de su entorno que se experimentan con una carga afectiva de gran intensidad y éste ni las considera absurdas, desproporcionadas, ni tampoco se resiste a ellas.

Por último, otra distinción necesaria hace referencia a las *rumiaciones*: “flujos de pensamiento prolongados, y generalmente improductivos, sobre un determinado tema”¹. Mientras que hay autores que las consideran compulsiones mentales, como Padmal de Silva y S. Rachman¹, otros, como Vallejo Ruiloba¹⁰⁰, no encuentran una relación clara entre su presentación y sus características y cuadros ansiosos, depresivos u obsesivos.

1.5.7. Diagnóstico diferencial de las compulsiones

Las conductas obsesivas o compulsiones deben diferenciarse tanto de los *impulsos elementales o actos iterativos* consistentes en actos motores repentinos, simples o complejos (tics, muecas, estereotipias) que se imponen al sujeto, carecen de finalidad, aparecen en trastornos orgánicos cerebrales y no son característicos del TOC; como de las *impulsiones*, caracterizadas por una necesidad de acción irresistible, frente a la que el sujeto no lucha ni, en ocasiones, se resiste, pudiendo arrastrar a éste a actos de consecuencias peligrosas para él o para el entorno¹⁰⁰. Vallejo¹²⁵ propone unos criterios diferenciales entre las impulsiones y las compulsiones que se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre compulsión e impulsión

	Compulsión	Impulsión
Fenómeno básico	Cognitivo (duda)	Motórica
Fenómenos secundarios	Rituales	Actos automáticos
Resistencia al fenómeno	Sí	No
Patología biológica	Córtex	Subcortical. Ganglios basales
Fenómeno biológico	Inhibición	Excitación
Neurotransmisores	5HT/NA	DA
Respuesta terapéutica	Antidepresivos	Neurolépticos

Tomado de Vallejo¹²⁵

1.5.8. Clasificación y frecuencia de las obsesiones y compulsiones según los temas

En el estudio campo del DSM-IV²⁸, realizado en cinco lugares diferentes de Estados Unidos sobre una población total de 425 pacientes obsesivo compulsivos, los contenidos de las obsesiones que aparecieron, en porcentajes, fueron: contaminación: 37,8%; temor a dañar o dañarse a sí mismo: 23,6%; necesidad de simetría: 10,0%; somáticos: 7,2%; religiosos: 5,9%; sexuales: 5,5%; acumulación: 4,8%; impulsos inaceptables: 4,3% y otros tipos: 1,0%.

Estas proporciones son similares a las de otras muestras consultadas^{33, 72, 126}. Hay que señalar la escasez de trabajos que en la temática de las obsesiones incluyen la duda. En esta revisión sólo aparece en el estudio de Rasmussen y Eisen de 1992³³ quienes encuentran dudas patológicas en el 42% de los pacientes de su muestra.

Volviendo al estudio de campo del DSM – IV²⁸, y en relación con las compulsiones, encuentran que la frecuencia es de: comprobación: 28,2%; limpieza / lavados: 26,6%; de otros tipos: 11,8%; repeticiones: 11,1%; rituales mentales: 10,9%; ordenar: 5,7%; acumular/ coleccionar: 3,5% y contar: 2,1%.

De nuevo, las proporciones coinciden con otros estudios^{33, 72, 126} en los tipos de actos que se presentan con más asiduidad.

Foa y cols.²⁸, en el estudio al que nos estamos refiriendo, encuentran que, al relacionar los temas de las formaciones obsesivas con las tres subcategorías de la CIE-10, los sujetos encuadrados en la categoría “con predominio de ideas obsesivas” presentaban más ideas en torno a producir daño a otros o a sí mismo, sexuales e impulsos inaceptables; también tenían más conductas de comprobación y rituales mentales y menos compulsiones de lavado que los de las otras categorías. Los sujetos “con predominio de actos compulsivos” tenían más obsesiones sobre contaminación que los del grupo en el que predominaban las obsesiones y más obsesiones sobre simetría que los de las otras dos categorías. Por último, en los de la categoría “mixta” predominaban las obsesiones de contaminación.

1.5.9. Relación funcional de las obsesiones y las compulsiones

Como hemos visto al hablar del diagnóstico de TOC, aunque en la CIE-10 no se explica claramente que la compulsión surja como respuesta al malestar creado por una obsesión, sí se señala que tiene como objetivo conjurar el temor a un daño o a un peligro. Sin embargo, en el DSM-IV se contempla, como en el DSM-III-R, que la compulsión se realiza como respuesta al malestar provocado por la obsesión, o de acuerdo a unas reglas rígidamente establecidas¹²⁴.

Hodgson y Rachman, en 1972 (citado por Botella y Robert¹²⁴), fueron los primeros en sugerir que las obsesiones y las compulsiones tenían una relación funcional, teoría que fue aceptada con entusiasmo por el grupo de Foa^{27, 28}. De Silva y Rachman¹ mantienen la tesis de que en la mayoría de los casos la compulsión sucede a la obsesión, tal y como hemos descrito anteriormente, para “neutralizar” el daño temido; pero puede darse el caso, menos frecuente, de que la obsesión no de lugar a la compulsión y, finalmente – y con menos frecuencia todavía- la compulsión puede aparecer sola, sin ser precedida por una obsesión. Ambos autores insisten en la importancia de contemplar que las compulsiones no siempre son observables, que un acto mental puede utilizarse como “neutralizador”, constituyendo entonces las compulsiones mentales, encubiertas o, también llamadas, cognitivas.

1.5.10. *Insight*

En la ubicación nosológica del TOC hemos hablado de las controversias en torno a si pertenece a las psicosis o a las neurosis, controversia que remite a si existe o no conciencia de enfermedad. La conciencia de enfermedad se analiza basándose en dos cuestiones: cuál es la atribución que el sujeto hace sobre el origen de las ideas que le invaden y si considera absurdas o irrazonables dichas ideas o las conductas que éstas ponen en marcha. Sobre el primer punto no suelen existir discrepancias: el hecho de que el sujeto no atribuya a agentes externos la presentación de las obsesiones no sólo es una de las características básicas de éstas, sino el punto clave para el diagnóstico diferencial con las psicosis esquizofrénicas y delirantes. En cambio, la consideración de la absurdidad, el que el paciente reconozca *siempre* que sus síntomas no tienen sentido,

es una cuestión que se ha ido modificando en los últimos años, retomando teorías que se habían desechado al incluir la enfermedad obsesiva dentro del grupo de las neurosis.

Insel y Akiskal²² muestran cómo pacientes que habían manifestado *insight*, es decir conciencia de absurdidad sobre sus obsesiones, cuando se les preguntaba qué podía suceder si un ritual destinado a neutralizarla no se efectuaba, perdían seguridad en la improbabilidad de las consecuencias temidas; es decir, no hay una concordancia entre la conciencia de enfermedad verbalizada o racionalizada y la conciencia de enfermedad emocional. Para los autores, la discusión sobre si existe o no *insight* es menos importante que calibrar su grado y proponen considerar el *insight* como un continuo, en cuyo extremo de severidad estarían los pacientes “que describen intelectualmente sus obsesiones como absurdas, pero en su conducta parecen abrazar más que resistir, la idea obsesiva”²². En esta línea, Foa y cols.^{27, 28}, en el estudio de campo del DSM-IV, encuentran que sólo el 13% de los pacientes interrogados creía firmemente que el hecho de no realizar los rituales no desencadenaría las consecuencias temidas, mientras que el 4% estaba completamente seguro de que aquellas sucederían. Entre estos dos extremos encontraron: 27% estaban bastante seguros de que no pasaría nada, otro 30% se encontraba dudoso y el 25% restante estaba muy seguro de que lo temido podía suceder.

1.5.11. Lenguaje

El lenguaje del obsesivo es monótono, repetitivo, circular y redundante, con gran necesidad de precisión¹⁰⁰; aunque dicha necesidad le impida finalizar la descripción de lo que pretende, como ya señaló Freud en su trabajo sobre “el hombre de las ratas”¹⁰³. Habla una y otra vez sobre el mismo tema, pudiendo variar en el tono o en la modulación de la voz, con una buena dicción y una cuidada capacidad de expresión³². Este estilo, precavido e inconcreto es típico del obsesivo, quien no acaba de explicar sus pensamientos, pero no por repetir o perseverar en lo mismo, sino por explicarlos de manera parecida, intentando hacerlo mejor, perfeccionar la descripción; llegando un momento en que parte de la explicación se convierte en tema mismo, enredándose como una madeja en la que queda desdibujado el tema principal. Ese pensamiento que aparece repetido, aunque sólo sea un nuevo intento de replantearlo, volviendo sucesivamente

sobre aspectos parciales, dando vueltas y vueltas sobre un centro móvil, es el denominado por Castilla del Pino *pensamiento en espiral*¹⁴².

1.5.12. Sensopercepción

Mientras Vallejo¹⁰⁰ no detecta alteraciones sensoperceptivas en el TOC, Berrios⁷ sí considera que existe sintomatología de índole psicótica, no sólo por la ausencia o pérdida de *insigth*, sino por la presencia de auténticas alucinaciones obsesivas. Yaryura-Tobías y Neziroglu³² señalan un tipo de percepción anómala descrita en ocasiones por algunos pacientes –y, en concreto, por una de las pacientes del presente estudio– quienes dicen percibir, por visión lateral, la caída de objetos que suele obligarles a verificar, pero sin que la verificación tenga características típicas de las auténticas compulsiones. Según los autores, los pacientes que presentan estos fenómenos viven en un estado hipervigilante, tienen grandes dificultades para manejar sustancias húmedas, viscosas o gelatinosas y una acusada sensibilidad al ruido.

1.5.13. Sexualidad

Según Vallejo¹⁰⁰, aunque las disfunciones sexuales son frecuentes en el TOC, no lo es en una proporción mayor que en el resto de neuróticos. Pero, aun cuando la sexualidad sea completamente normal, suele existir una falta de implicación emocional, que el obsesivo necesita para poder actuar eficazmente, sin riesgos de perder el control dejándose arrastrar por las emociones.

1.5.14. Modelo descriptivo de Berrios

Berrios⁷ propone un modelo descriptivo del TOC, basándose en una ordenación jerárquica, que permita articular de forma coherente y operativa los distintos fenómenos que pueden aparecer tanto en este trastorno como en otras patologías que actualmente y desde determinadas corrientes de pensamiento, se consideran relacionadas con él. Así, establece un esquema de cuatro niveles:

1. En el primer nivel sitúa todas aquellas conductas que pueden agruparse en torno a características muy simples, como rigidez o repetición; es decir, conductas muy elementales, como las que anteriormente hemos denominado

impulsos elementales o actos iterativos: tics, perseverancia, etc. En este grupo no se incluye los fenómenos que suponen una calificación por parte del sujeto de dichas conductas, ni tampoco el grado de discernimiento de éste, por lo que nos encontramos con una categoría excesivamente amplia y de poca validez para la clínica y la investigación.

2. El segundo nivel incorpora los elementos subjetivos de clasificación, que implican la resistencia, la interferencia, la lentitud, la indecisión y la parálisis. Es decir, restringe el número de sujetos que, entre los que aparecían en el primer nivel, pueden presentar además los requisitos para éste. Pero en esta selección pueden entrar también fenómenos presentes en la epilepsia u otras lesiones cerebrales tales como el “pensamiento forzado” o conductas compulsivas transitorias.
3. El tercer nivel exige la presencia de elementos que van en busca de la especificidad genuina del TOC que, para Berrios, incluye la presencia de compulsiones, la falta de *insight*, las alucinaciones obsesivas y los temas típicos del TOC referentes a la suciedad, violencia, sexo o religión, entre otros. El concepto de TOC que resulta es de gran validez, pero con una incidencia muy baja.
4. Concepción teórica sobre el TOC.

1.5.15. ¿Existen subgrupos clínicos de TOC?

Cuando consultamos la literatura científica sobre este tema encontramos dos posturas bien diferenciadas: por un lado, aquellos que defienden que se trata de un trastorno heterogéneo, con subgrupos bien definidos a través de los rasgos psicopatológicos centrales, el contenido de los síntomas obsesivos, la comorbilidad y las características de la personalidad y propugnan la delimitación de éstos de cara a encontrar las etiologías concretas que permitan establecer estrategias terapéuticas eficaces; por otro, autores que, sin negar la diversidad de los fenómenos obsesivos, encuentran estas subdivisiones artificiales al no contemplar la variabilidad de los síntomas a través del tiempo o la posibilidad de que coexistan síntomas de los distintos grupos.

La tradición *heterogénea* se remonta, según Hantouche⁶⁵, a Falret quien en 1860 ya distinguía entre *folie de la doute* y *délire de toucher*. En el siglo XX, Rachman, citado por Tallis¹³, establece esa misma delimitación, distinguiendo los pacientes con temores de contaminación y rituales de lavado, de los que se caracterizaban por rituales de comprobación, fruto de sus intensas dudas. Insel¹²³ añadirá los grupos de obsesivos “puros”, con obsesiones de agresión o eróticas y ausencia -o poca relevancia- de las compulsiones y el grupo denominado “lentitud obsesiva primaria”. De Silva y Rachman¹ ampliarán la clasificación de Insel desglosando el grupo de obsesivos no lavadores ni comprobadores, entre los que tienen compulsiones abiertas y cerradas. Por último, el grupo de la universidad de Yale¹⁷³, aplicando el análisis factorial a las trece categorías de síntomas de la escala Y-BOCS, encuentra cuatro agrupaciones de obsesiones y compulsiones: obsesiones de agresión, sexuales, religiosas y somáticas, acompañadas de compulsiones de comprobación; obsesiones de orden y simetría junto a compulsiones de ordenar, contar y rituales; obsesiones de contaminación con compulsiones de lavado y por último, obsesiones de acumulación con compulsiones a coleccionar y acaparar.

La tradición *homogénea* pone en duda la utilidad de estas clasificaciones por constatar las escasas diferencias entre los subgrupos (Rasmussen y Eisen³³), por la modificación de los síntomas con el tiempo (Tallis¹³) y por considerar que las agrupaciones sintomáticas son sólo *clusters* que no excluyen la presencia de síntomas de un grupo en otro, sin alcanzar la categoría de síndromes, aspecto defendido por Vallejo¹⁰⁰, quien sólo admite como entidad específica al grupo que presenta lentitud obsesiva primaria.

1.6. TEORÍAS ETIOPATOGENÉTICAS

1.6.1. Hipótesis biológicas

La existencia de una causa biológica en el TOC se apoya en varios aspectos⁴:

- Estudios genéticos y familiares demuestran que existe un componente hereditario en un importante número de casos¹¹⁶.

- Clínica: la psicopatología obsesiva guarda relación con trastornos en los que la base orgánica, biológica, es destacable, como la esquizofrenia⁹², el síndrome de Gilles de la Tourette o la encefalitis letárgica⁷.
- Biológica: existen evidencias de alteraciones endocrinas, de neurotransmisores y de disfunción cerebral que resumiremos a continuación.
- Terapéutica: la respuesta a los agentes antiobsesivos es parcial, pero específica: sólo es eficaz un tipo de antidepresivos, los que actúan sobre la serotonina, siendo ineficaces los demás y con independencia del efecto antidepresivo^{128, 129}.
- Las anomalías neuroendocrinas se deducen tanto de hallazgos clínicos (diferente distribución por sexos antes de la pubertad, con un predominio masculino⁵¹; agravamiento del TOC en el postparto y la menopausia^{68, 69} y efecto antiobsesivo de los antiandrógenos¹³⁰), como de los hallazgos en experimentación (hiperactividad en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal¹³¹, entre otras).

En cuanto a las alteraciones de la neurotransmisión, los hallazgos más concluyentes se refieren al sistema serotoninérgico¹²⁹. El interés en su investigación partió de la demostración de la eficacia de los fármacos serotoninérgicos sobre los síntomas obsesivos¹³² y se ha completado con los resultados de estudios sobre marcadores periféricos de la 5-HT y de pruebas farmacodinámicas empleando agonistas como el mCPP¹³³.

Desde el punto de vista neuroanatómico se considera que existe una disfunción del denominado circuito de Alexander, que abarca las zonas orbitofrontales y los ganglios de la base, en especial en núcleo caudado. Esta hipótesis se fundamenta en la presencia de síntomas obsesivoides en enfermedades que afectan a núcleos de la base y en la detección, a través de pruebas de neuroimagen (TAC, RMN, SPECT, PET), de alteraciones a estos niveles, sobre todo de hiperfunción, alteraciones que se normalizan tras el tratamiento con antidepresivos serotoninérgicos⁴.

1.6.2. Teorías cognitivo-conductuales

Los modelos que proceden de las teorías del aprendizaje consideran que los trastornos neuróticos, entre los que incluyen al TOC, surgen como respuesta de escape o evitación ante una situación o vivencia generadora de ansiedad y son reforzadas por su capacidad para reducirla. En el TOC pueden aparecer conductas de evitación pasiva, similares a las de las fobias, y conductas de evitación activas (compulsiones o rituales) que aparecen cuando la evitación pasiva no es capaz de aliviar la ansiedad; además se producen procesos de generalización de tal manera que existe tal cantidad de estímulos generadores de angustias y temores que la evitación pasiva es completamente ineficaz. Sin embargo, el ritual o la compulsión no siempre guardan una relación lógica con lo temido¹²⁴. Para intentar responder a esta cuestión hay autores, como el grupo de Foa (citado por Botella y Robert¹²⁴), que consideran a este tipo de conducta como ejemplo de conducta supersticiosa: si, probablemente de forma casual, redujo el malestar, será posteriormente utilizada por el sujeto ante situaciones evocadoras de la angustia. Otros autores, como Rachman¹³⁴, creen que el paciente puede utilizar una misma conducta para combatir temores diferentes: lavarse repetidamente para combatir temores a la suciedad, a la enfermedad y a lo que denomina “polución mental”: la sensación de suciedad interior al verse inundado por pensamientos o impulsos inaceptables. En estos casos, según Rachman¹³⁴, la idea de polución mental es tan irrefutable a la argumentación racional como una idea sobrevalorada.

Las teorías basadas en el modelo de condicionamiento son insuficientes para responder a múltiples cuestiones, motivo por el cual algunos de los autores que las defienden abogan por la importancia de las variables referentes al aprendizaje social. Rachman¹³⁵, señala la importancia de los sistemas de crianza, por lo que los rituales de limpieza serán más frecuentes en familias muy sobreprotectoras y las conductas de verificación en familias con padres exigentes y críticos. Estas teorías, y otras más que relacionan las prácticas educativas y parentales en la génesis y en la forma de la enfermedad, son insuficientes también para dar una explicación etiológica global. Sin embargo, algunos de los aspectos de la teoría de Rachman, sobre todo lo que hace referencia al papel de la responsabilidad asumida por el sujeto, se plasman en uno de los modelos cognitivos más reconocidos en la actualidad para intentar explicar el desarrollo

del TOC, el modelo de Salkovskis¹³⁶. Para este autor, los síntomas obsesivos surgen como consecuencia del particular significado que los pacientes atribuyen a la aparición o al contenido de los pensamientos intrusos: cuando éstos son valorados o interpretados como indicativos de una responsabilidad personal aumentada, el resultado es tanto una sensación de malestar (*distress*), como la aparición de conductas neutralizadoras.

1.6.3. Teorías psicoanalíticas

Ante las dificultades para superar los conflictos edípicos, el niño sufre una regresión a niveles de funcionamiento previos. En el caso de la neurosis obsesiva, la regresión alcanza la fase sádico anal que, en la clínica del modelo psicoanalítico, se va a caracterizar por el aislamiento, plasmado en la frialdad de los sentimientos, en la ausencia de espontaneidad y en el control obsesivo¹³⁷. De ambos síntomas nucleares, aislamiento y control, derivarán el resto de los síntomas hallados en la conducta del sujeto que, según Bouvet¹³⁸, expresa un conflicto edípico en lenguaje pregenital. Dada que la regresión nunca es total, el Yo del sujeto no se adapta a las pulsiones de este nivel y ha de construir un sistema de defensas en contra de ellas. Los mecanismos que pone en marcha se caracterizan por el aislamiento antes citado, la anulación y la formación reactiva. Los peligros, las pulsiones de las que intenta defenderse, son vividos por el sujeto como algo inaceptable por su sentido moral, por su Super-yo, en parte consciente y en parte inconsciente, plagado de prohibiciones y amenazas, que ejerce un papel de sujeción continuo. Para Henri Ey, las compulsiones serían los intentos fracasados del sujeto para intentar librarse de esa tiranía. En lo que denomina una “lucha en dos frentes”: en contra de la pulsión y en contra de la represión a la pulsión, radica la ambivalencia y la lucha ansiosa del obsesivo¹¹.

1.7. LA DISCAPACIDAD LIGADA AL TOC.

Aunque el TOC es considerado como uno de los trastornos mentales más incapacitantes, es sorprendente la falta de datos sobre ello¹⁶⁴.

Para Insel y Akiskal²², el hecho de haber incluido al TOC dentro de las neurosis ha hecho pasar por alto aspectos en los que se asemeja a la psicopatología psicótica. Uno de ellos es el deterioro que acompaña a un subgrupo de pacientes aunque éste no sea idéntico al que se presenta en la esquizofrenia.

En los últimos años se han publicado estudios referentes a la discapacidad que acompaña al TOC y a la carga familiar que supone para sus allegados, posiblemente porque el deterioro de las actividades es, junto a la severidad de los síntomas, los criterios que establecen si un síndrome obsesivo se considera subclínico o un trastorno formalmente constituido¹³⁹.

Según reflejan los datos del estudio de la ECA, el 22% de hombres y el 13% de mujeres de la muestra de pacientes obsesivos, recibían una pensión económica por invalidez, siendo estos porcentajes cuatro veces superiores a los de los sujetos que no tenían un diagnóstico en el eje I¹⁴⁰.

Zapotoczky, citado por Schneier¹⁶⁴, opina que el deterioro en la calidad de vida de los sujetos obsesivos se produce por varias vías: de forma directa por la pérdida de tiempo que ocasiona la conducta compulsiva; a través del aislamiento que puede acompañar al TOC y, finalmente, en relación con la depresión comórbida. Hay que añadir, además, el deterioro proveniente de la ruptura de las relaciones familiares a causa de las demandas que los pacientes realizan para que los familiares se adapten¹⁶⁵.

Calvocoressi y cols. estudiaron a 455 pacientes obsesivos de los cuales el 17% precisaron hospitalización por problemas relacionados con el deterioro social: alteraciones de la rutina doméstica, escaso autocuidado y riesgo de autoagresiones. Actividades rutinarias como utilizar sillas, el teléfono o comer, estaban frecuentemente alteradas a causa de temores de contaminación y de elaborados rituales de limpieza y lavado. En esta muestra aparecía, con mayor frecuencia de lo habitual entre pacientes ambulatorios, casos de lentitud obsesiva primaria. Aunque el deterioro descrito no es extrapolable a la población obsesiva general, para los autores el deterioro que encuentran en ella es superponible al observado en enfermedades mentales crónicas como la esquizofrenia¹⁴¹.

Para Insel y Akiskal la grave incapacidad que aparece en el TOC proviene de no resistirse, de ceder; y la causa de la falta de resistencia puede derivar de una

disminución de la conciencia de enfermedad, o de que el paciente, aunque racionalmente cree tenerla, emocionalmente se somete a las temidas consecuencias de sus miedos. También puede resistirse de una forma bizarra, limitante, con frecuencia ocurre en aquellos casos en los que las obsesiones son de tal intensidad que adoptan la forma de voces acusatorias lo que origina una resistencia tan potente que puede conducir a la parálisis. Los pacientes con mayor probabilidad de presentar un curso deteriorante son aquellos que presentan una edad de inicio precoz; síntomas de intensidad grave, con ideas obsesivas extravagantes y escasa conciencia de enfermedad; aislamiento y escasa adaptación social; lenguaje extraño; síntomas de tipo paranoide, como desconfianza, suspicacia; episodios de despersonalización y menor ansiedad que otros grupos de obsesivos²². Son los que Jenike⁸⁷ denomina esquizo-obsesivos y corresponden al denominado trastorno esquizotípico de la personalidad. Para ellos, Insel y Akiskal recomiendan tratamiento farmacológico antiobsesivo y psicoterapia de apoyo individual y familiar.

2. JUSTIFICACIÓN.

2. JUSTIFICACIÓN

El enfoque del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) sufrió una gran transformación a partir de los estudios epidemiológicos realizados entre la población general de Estados Unidos durante la década de los ochenta. El primer y sorprendente dato obtenido fue el gran aumento de la prevalencia. Si hasta entonces se sospechaba que había más pacientes obsesivos que los que acudían a las consultas psiquiátricas, nada hacía pensar en un número tan alto. Llegó a hablarse de una *epidemia oculta* y se multiplicaron los estudios y las publicaciones, incluso fuera de los ambientes científicos. Aunque surgieron críticas a esta generalización, en la que todo lo molesto es obsesivo y todo lo repetitivo compulsivo^{7,30}, no podemos negar que se está logrando un mayor interés y conocimiento de una enfermedad severa, tanto para quien la padece como para su entorno, difícil de tratar, con un curso crónico y, en ciertos casos, generadora de una discapacidad que -si no en la forma, si en la gravedad- ha sido comparado con el producido por la esquizofrenia.

Se ha buscado relaciones con trastornos somatomorfos, disociativos, de la conducta alimentaria, neurológicos, del control de impulsos, algunos trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad, proponiéndose la creación de una nueva y -¿discutible?- categoría: el espectro de los trastornos relacionados con el TOC⁹⁶.

Este afán investigador no se ha acompañado, sin embargo, de una profundización en la psicopatología de la enfermedad obsesiva. Las descripciones de los fenómenos han sufrido un proceso de simplificación y empobrecimiento, posiblemente influidas por las limitaciones conceptuales de las clasificaciones actuales.

El presente trabajo pretende ahondar en la descripción de los fenómenos que aparecen en el TOC, tanto los síntomas *clásicos* -aquellos que aparecen en los criterios operativos de las clasificaciones sobre las que se sustentan los diagnósticos- como otros que, sin estar tal vez incorporados a dichos criterios, se manifiestan en los sujetos que padecen la enfermedad.

Pretende también delimitar y clarificar las relaciones que se establecen entre la enfermedad obsesiva y otros trastornos; la influencia de los síntomas, obsesivos o de

otra índole, en la gravedad del TOC y el impacto provocado por la enfermedad en las actividades del sujeto que la padece.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo fundamental del presente estudio es *describir* las características de una población de pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo, analizando los factores que puedan estar relacionados con la gravedad del proceso y con el pronóstico de la enfermedad.

La descripción de la muestra se realizará en torno a sus características sociodemográficas, los aspectos clínicos y psicopatológicos del trastorno que padecen, la existencia de otras entidades comórbidas y las repercusiones de su enfermedad en el desempeño de las actividades habituales del sujeto, de sus roles sociales.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudiar la relación entre el TOC y las variables sociodemográficas.
2. Evaluar la posible relación entre las variables clínicas y de evolución de la enfermedad con las características del TOC.
3. Describir los fenómenos obsesivos, sus características formales y sus temas.
4. Analizar la *gravedad* y la *discapacidad* del TOC en función de las variables sociodemográficas, clínicas, de las características de los síntomas obsesivos y de la presencia de síntomas comórbidos.
5. Valorar si las variables estudiadas pueden predecir la *gravedad* y la *discapacidad* del TOC.

4. PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODO

4. PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODO

4.1. PACIENTES

Se estudiaron todos los pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo, siguiendo los criterios de CIE-10 y DSM-IV, que consultaron durante un año en el equipo de Salud Mental de Córdoba Centro.

Se excluyeron los pacientes menores de 18 años y mayores de 65, los que padecían retraso mental o déficits sensoriales que dificultaran la aplicación de las pruebas utilizadas, los drogodependientes y aquellos que se negaron al estudio, tres en total, quienes adujeron como motivo de la negativa la necesidad de entrevistar también a un familiar o allegado.

La muestra resultante consta de 35 sujetos.

4.2 MATERIAL

4.2.1. Variables de estudio

4.2.1.1. Variables sociodemográficas

Hemos valorado edad, sexo, estado civil, nivel de estudios alcanzado y ocupación.

El grado de escolarización se desglosó en: sin estudios, estudios primarios incompletos, estudios primarios completos, formación profesional I o bachillerato, formación profesional II o COU y estudios medios y superiores.

La ocupación abarcó el trabajo a tiempo parcial o completo, la situación de desempleo, las tareas del hogar como única actividad, los jubilados y otras situaciones, donde se incluían los estudiantes.

4.2.1.2. Variables relacionadas con la enfermedad

Aquí incluimos:

A/ Datos referentes a la historia natural de la enfermedad: antecedentes familiares de trastornos mentales, edad de inicio, edad de la primera consulta, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta, años de

evolución, tipo de curso evolutivo seguido y tratamiento en el momento de la evaluación.

El curso clínico se ha sistematizado –modificando la clasificación de Costa³⁰– en:

- Tipo 1: Primer episodio con una duración inferior a un año desde su inicio.
- Tipo 2: Formas intermitentes con periodos asintomáticos.
- Tipo 3: Cuadros de aparición insidiosa y larga evolución con adaptación casi normal.
- Tipo 4: Formas malignas que llevan a la invalidez.

B/ Sintomatología obsesiva: datos referentes no sólo al tipo de obsesiones y compulsiones, sino al tiempo empleado en ellas, el malestar y la interferencia que ocasionan en el paciente, sus intentos de resistirse y el control que puede, o no, ejercer sobre ellas.

C/ Comorbilidad: tanto con otros trastornos concurrentes, según los criterios diagnósticos CIE-10, como con otros síntomas no obsesivos, siguiendo los grupos de síntomas, IGs, del sistema SCAN.

D/ Deterioro: La discapacidad ligada al TOC vamos a valorarla a través de la disminución en el desempeño de roles sociales valorada por un miembro de su entorno más cercano.

4.2.1.3. Instrumentos utilizados

4.2.1.3.1. SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*)

El sistema SCAN (Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría)¹⁴³ es un conjunto de instrumentos destinados a analizar, medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a los trastornos mentales del adulto, de cara a establecer comparaciones¹⁴⁴. Ha sido elaborado por la Organización Mundial de la Salud en 1994, basándose en la tradición de la investigación del PSE (*Present State Examination*) iniciada a finales de los años 50^{143,144}. Consta de cuatro partes: la 10ª versión del PSE, el Glosario de Definiciones Diferenciales, la Lista de

Comprobación de Grupos de Items (IGC) y el Cuestionario de la Historia Clínica (CHS)¹⁴⁵. Incorpora, además, un programa informático, CATEGO5, para procesar los datos obtenidos.

El PSE tiene dos partes: la primera comprende los trastornos somatoformos, disociativos, de ansiedad, obsesivos, depresivos y bipolares, trastornos del sueño, alteraciones de la conducta sexual y de la conducta alimentaria, trastornos por abuso de sustancias y sección de despistaje de las alteraciones de la segunda parte. Ésta abarca los trastornos psicóticos y cognitivos y las alteraciones en el lenguaje, la conducta y el afecto.

Consta en total con 25 secciones diferentes y, dependiendo de ellas, tres escalas de puntuación distintas: la escala I para la primera parte y las escalas II y III para la segunda.

Es imprescindible delimitar el tiempo que va a ser objeto de estudio, para ello el glosario define como *episodio* “un período de tiempo durante el que persisten los síntomas clínicamente significativos, sin que haya intervalos libres de síntomas que duren tres o más meses. El episodio puede durar unos pocos días o muchos años”. El programa CATEGO5 reconoce tres tipos de episodios: el estado actual (PS), el episodio representativo (RE) y la vida anterior (LB). El PS, período analizado en este trabajo de investigación, representa un trastorno clínicamente significativo durante el mes anterior, extensible a unas seis semanas, a la fecha de la exploración. El RE hace referencia a un episodio concreto, anterior al PS, que aislado o junto a éste proporciona una sintomatología clínica suficiente para obtener un diagnóstico. Finalmente, la LB abarca el tiempo transcurrido desde la primera aparición del trastorno hasta el episodio actual o PS. Suele utilizarse cuando en el curso de la enfermedad ha habido varios episodios que, separados o mezclados, presentan varios tipos de síntomas¹⁴³.

El Glosario¹⁴³ es un conjunto de definiciones diferenciales acerca de experiencias o conductas habituales entre los sujetos que consultan en dispositivos psiquiátricos. Las experiencias o conductas están expresadas en la entrevista a partir de un enunciado o ítem. Dicho concepto-ítem representa un síntoma descrito subjetivamente o una conducta observable. La definición del glosario abarca tanto lo que el ítem es como lo que no es y, en ocasiones, no sólo es descrito en términos de síntomas o signos, sino también con referencias al curso clínico y a la atribución causal

que realiza el sujeto. Su objeto es aportar las bases conceptuales sobre las que fundamentar la exploración clínica, basada a su vez, en la técnica del interrogatorio clínico cruzado, o *cross examination*. En un sentido más amplio, para Wing su objetivo consiste en “proporcionar un lenguaje clínico común, con el que los usuarios, cualquiera que sea su escuela de pensamiento y dondequiera su lugar de trabajo en el mundo, puedan comunicarse unos con otros y establecer comparaciones”¹⁴⁴.

La Lista de Comprobación de Grupos de Items (IGC) es una manera de obtener información a partir de datos de la historia clínica o de informantes diferentes al propio paciente. Su uso está indicado en las situaciones en las que el paciente no puede ser entrevistado; cuando no recuerda aspectos de su historia pasada y en proyectos de investigación que requieren un acopio exhaustivo de la información referida en los historiales clínicos. Los 40 Grupos de Items (IGs) recogidos en esta lista no abarcan todas las secciones del PSE. Sólo están incluidas las secciones referentes a psicosis, neurosis y trastornos afectivos. Los autores consideran que las demás secciones precisan una observación directa del paciente para ser correctamente valoradas, siendo insuficiente la información indirecta. Los IGs no son síndromes diagnósticos; es decir, la puntuación obtenida al entrevistar a un informante o al revisar la historia clínica no puede convertirse directamente en trastornos de la CIE-10 o del DSM-IV, debiendo ser procesada por una versión del programa CATEGO5 adaptada a partir del que se aplica a los datos del PSE. Existe una escala específica de puntuación, la escala IV, que perfila aún más que el PSE dónde está el punto de corte para cada ítem en cuestión. A cada IG se da una puntuación global que se basa tanto en el número de síntomas presentes durante el período estudiado como el grado de malestar y la incapacidad acompañantes^{143,144}. Aunque la aplicación de la escala IV requiere un juicio clínico, en la versión del programa CATEGO5 utilizada en el presente trabajo las puntuaciones de los IGs se obtuvieron de forma automática a partir de la información aportada por el paciente para el PSE. Estos IGs constituyen una exposición de los síndromes que acompañan al trastorno y permiten analizar la comorbilidad, como ya se ha realizado en estudios anteriores con el PSE-9, aunque esta versión utilizaba otra agrupación que denominaba categorías sindrómicas CATEGO¹⁹⁴.

El Cuestionario de la Historia Clínica (CHC) consta de una serie de ítems referentes a la infancia y educación hasta los 16 años, nivel intelectual, roles y

rendimiento social, minusvalía o incapacidad social global, trastornos de la personalidad y conducta del adulto, calidad de la información introducida en el SCAN, diagnóstico clínico global y enfermedades físicas o incapacitantes no registradas en otro lugar. La información se obtiene a partir de la información de los informantes, el propio paciente y la historia clínica, y la puntuación se realiza sobre la base de juicios clínicos del entrevistador y comparaciones con las expectativas locales del ámbito donde se realiza la exploración, aspectos con los que se supone que el entrevistador está familiarizado¹⁴³. El CHC es opcional, pero autores como Wing¹⁴⁴ recomiendan su uso como complemento de la información del SCAN. También se aconseja su uso en los estudios que comparan distintas culturas, tanto en comorbilidad como en el desarrollo de hipótesis sobre diferencias culturales¹⁴³.

El sistema SCAN incorpora un programa informático, CATEGO5, para procesar los datos recogidos en sus cuestionarios. Los resultados se presentan en forma de perfiles de síntomas, puntuaciones del IGC, Índice de Definición y categorías de la CIE-10 y del DSM-IV¹⁴³. La finalidad del programa CATEGO no es diagnosticar, dado que el diagnóstico ha de hacerse de forma empírica, sino agrupar la información recogida de forma descriptiva que permita comparar su diagnóstico provisional con los descritos en las clasificaciones internacionales¹⁴⁶. El Índice de Definición, ID, constituye una aportación del PSE9 (1974), actúa como una escala de severidad, con ocho niveles, y permite clasificar sujetos con un nivel subclínico.

4.2.1.3.2. Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*)

La escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Y-BOCS)^{148,149} es un instrumento creado por W.K. Goodman, L.H. Price, R.A. Rasmussen y cols. en 1989 para cuantificar la severidad de la sintomatología de los pacientes con TOC y supervisar la respuesta al tratamiento, intentando superar las limitaciones de los instrumentos de medida preexistentes.

Las principales deficiencias detectadas por los autores se referían a falta de especificidad para los síntomas obsesivo-compulsivos¹⁵⁵, sobre todo en los casos monosintomáticos; confusión entre las medidas de rasgo y estado; reconocimiento de sólo algunos tipos de obsesiones y compulsiones y análisis inadecuado de las propiedades psicométricas de las escalas¹⁴⁷.

Para intentar superar estos errores diseñaron su propio instrumento cuyas principales características son^{148,150}:

A/ Es sensible y selectiva a los cambios en la severidad de la sintomatología, sin tratarse de un instrumento diagnóstico.

B/ Su aplicación es práctica y rápida, lo que evita al entrevistador confundir las variables de rasgo-estado.

C/ Valora síntomas específicos del TOC, excluyendo aspectos de otras patologías comórbidas, como los síntomas ansiosos o depresivos, evitando que éstos influyan en la cuantificación de la sintomatología obsesiva.

D/ La puntuación total puede desglosarse en valoraciones parciales de obsesiones y compulsiones.

E/ Sólo mide la intensidad del TOC, sin contemplar el contenido, la temática, de los síntomas.

La escala Y-BOCS es un cuestionario semiestructurado de 10 parámetros en el que cada uno de éstos se valora en una escala de 5 puntos equivaliendo el 0 a los síntomas mínimos y el 4 a la mayor gravedad. La puntuación total oscila entre 0 y 40 puntos. Al principio de la entrevista se le define claramente al paciente qué son las obsesiones y las compulsiones, en un lenguaje preciso y comprensible para él, añadiendo ejemplos de obsesiones y compulsiones, tanto abiertas como cerradas. Acto seguido, se realiza un listado con las principales formaciones obsesivas que presente el sujeto durante el período de tiempo que vayamos a examinar. Para ello nos apoyamos en una Lista de Verificación de obsesiones y compulsiones, *the Y-BOCS Symptom Checklist*, que incluye más de cincuenta ejemplos de obsesiones y compulsiones agrupadas en quince categorías según los temas (Tabla 2).

Sobre esas formaciones o síntomas diana se aplicará la escala: *tiempo* que ocupan los síntomas, *interferencia* que provocan, *malestar* que generan, *resistencia* que opone el paciente y grado de *control* que consigue sobre ellos. Con las puntuaciones obtenidas tenemos dos resultados parciales y un total: la subescala de obsesiones (parámetros: 1-5, intervalo: 0-20), la subescala de compulsiones (parámetros: 6-10, intervalo: 0-20) y la puntuación total, suma de ambas, que abarca un intervalo de 0-40.

Tabla 2. Lista de verificación de obsesiones y compulsiones

Obsesiones de agresión
Obsesiones de contaminación
Obsesiones sexuales
Obsesiones de acumulación o colección
Obsesiones religiosas
Obsesiones sobre necesidad de simetría, exactitud y orden
Obsesiones de otros tipos
Obsesiones o compulsiones referidas al cuerpo
Compulsiones de limpiar o lavar
Compulsión de contar
Compulsiones de comprobación
Rituales de repetición
Compulsiones de ordenar u organizar
Compulsiones de acumulación o colección
Compulsiones de otros tipos

La escala de obsesiones y compulsiones de Yale –Brown incorpora otros ítems que no se valoran en la puntuación total. Los ítems 11-16 son: *introspección* sobre obsesiones y compulsiones (*insight*), que valora la conciencia de enfermedad, el grado de absurdidad que el sujeto otorga a sus formaciones obsesivas; *evitación*, conductas que el paciente deja de realizar para que no se desencadenen los pensamientos obsesivos o por miedo a realizar las compulsiones; *indecisión*, excluyendo la derivada de las rumiaciones del pensamiento; *sentimiento de responsabilidad exagerado* o tendencia a culpabilizarse por acontecimientos que no están completamente bajo el control del sujeto; *enlentecimiento generalizado o inercia*, que se refiere a la lentitud en iniciar, realizar o finalizar tareas cotidianas al margen de la inhibición psicomotriz secundaria a depresión y, por último, *duda patológica*, incertidumbre sobre lo que se percibe, se ejecuta o se recuerda.

Estas variables tienen el mismo sistema de puntuación que las características de las obsesiones y compulsiones: de 0 a 4, de menor a mayor gravedad.

Los autores no las han incluido en la escala porque creen que no hay evidencias suficientes de que midan aspectos esenciales del TOC y por falta de datos suficientes de sus propiedades psicométricas^{147,148}. Incorpora además los ítems de severidad global, de mejoría global y de fiabilidad.

En la escala Y-BOCS se ha demostrado la validez, fiabilidad interobservadores^{148,149}, la validez convergente con otras escalas que miden el TOC¹⁵⁵, una buena validez discriminante en relación a los pacientes ligeramente deprimidos, pero no gravemente deprimidos¹⁴⁹, una buena sensibilidad al cambio y una elevada consistencia interna^{151,152}. Sin embargo, estudios posteriores -realizados por Kim y cols.¹⁵³- han detectado que los ítems referentes a la medición de la resistencia, tanto a las obsesiones como a las compulsiones, evalúan componentes distintos de los que se quería medir al diseñar la escala y proponen eliminarlos para lograr más consistencia. En la misma línea, Woody y cols¹⁵⁴ señalan que, siendo aceptable la consistencia interna de la escala, ésta mejora al borrar los ítems referentes a la resistencia, proponen también su eliminación y la sustitución por el de evitación, llegando a una escala total de nueve parámetros o ítems.

Para nuestro trabajo hemos utilizado la versión traducida al castellano por el servicio de Psiquiatría de los Dres. J.J.López-Ibor y J. Sáiz del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. En fechas recientes, H. Nicolini y cols¹⁵⁶ han publicado un estudio de la traducción al castellano y la fiabilidad interjueces, obteniendo unos resultados muy satisfactorios: tanto la consistencia y la homogeneidad de la versión original son muy similares a la de su muestra.

4.2.1.3.3. SBAS (*Social Behaviour Assessment Schedule*)

Hay autores para quienes es imprescindible, en la correcta evaluación de cada sujeto con TOC, añadir a las pruebas exploratorias un instrumento que evalúe las discapacidades ligadas a esta enfermedad⁶⁵. Actualmente existe un gran número de instrumentos dirigidos a evaluar y supervisar el deterioro producido por las enfermedades mentales crónicas, especialmente la esquizofrenia^{157,158}; pero no hemos hallado ninguno dirigido fundamentalmente al TOC.

Los modelos conceptuales para evaluar las discapacidades y minusvalías se basan en el desempeño del rol social. Como no existe un concepto claro sobre su

definición, Wiersma¹⁶⁶ propone, basándose en los elementos comunes de la mayoría, la siguiente: “un rol social es un complejo de expectativas que las personas tienen sobre la conducta de una persona que adquiere una posición determinada en la sociedad”. Dado que una posición es una localización en la estructura social ligada a una serie de normas y expectativas sustentadas por los miembros de un grupo social, y dicho grupo lo constituyen las personas con quienes el sujeto interactúa (familiares, compañeros, allegados, etc.), se deduce que hay muchas posiciones en la estructura social de un grupo, con su correspondiente número de roles sociales. Por lo tanto, el desempeño del rol indica la conducta real de un sujeto en el ámbito de un rol particular.

Según Virginia Otero y cols¹⁵⁹, los instrumentos existentes para evaluar el funcionamiento psicosocial de los pacientes que consultan en los dispositivos de Salud Mental, aunque utilicen la teoría del rol social como punto de partida, responden básicamente a dos modelos teóricos: el modelo que nace del concepto del ajuste social (*ajustement*) y el modelo del desempeño (*performance*). El primero deriva de la teoría funcionalista, que contempla las normas sociales rígidamente, de forma fija y absoluta. Los autores ponen como ejemplo la evidencia empírica de que las normas asociadas con cada rol común, como trabajador o marido, varían con la clase social, sexo, subcultura. No contemplar estos hechos conduce a considerar un “desvío” la conducta de un sujeto en particular si no cumple lo que realiza la media de la población. En esta línea se encuadran las escalas SAS (*Social Adjustment Schedule*), SSIAM (*Structured Scaled Interview Assess Maladjustment*) y KAS (*Katz Adjustment Scale*). El segundo, el modelo del desempeño, responde a un concepto más interaccionista, histórico, que compara la conducta del sujeto con las expectativas del contexto social y cultural en el que está inmerso. En este grupo encontramos las escalas DAS/OMS (*Disability Assessment Schedule*), SBAS (*Social Behaviour Assessment Schedule*), SPS (*Social Performance Schedule*) y SFS (*Social Functioning Schedule*). De cara a la evaluación psicosocial las escalas de ajuste sólo nos dan información sobre el desvío del sujeto frente a una supuesta norma, por lo que su utilidad es escasa; evidentemente son más útiles las de desempeño, que permiten establecer comparaciones entre las tareas que es capaz de realizar un sujeto consigo mismo y su entorno.

La escala SBAS (*Social Behaviour Assessment Schedule*)¹⁶⁰ fue diseñada por S. Platt y cols. en 1980 para evaluar la conducta social de los sujetos y su efecto en los

otros a través de una entrevista semiestructurada realizada a un familiar o allegado del entrevistado. Se caracteriza por medir por un lado las conductas del sujeto y, por otro el efecto que provocan en el informante; pero desglosándolo, a su vez, de otros elementos de tensión no atribuibles al paciente. La conducta del sujeto también está dividida en lo que equivaldría a síntomas en un sentido amplio y el desempeño social de éste, los roles sociales. En este último extremo, no se valora si un desempeño - una tarea- es normal o anormal, sino si es realizada en términos de empeoramiento o mejoría frente al pasado, huyendo así de criterios absolutos de “deterioro” fácilmente influenciados por las normas culturales del entrevistador. Esta escala permite comparar episodios distintos en el curso clínico de un mismo paciente, evaluando cambios en distintas áreas de su funcionamiento, y diferentes pacientes en un mismo período, permitiendo establecer comparaciones. Se recomienda que el informante sea aquella persona, familiar o allegado que, durante el tiempo que se va a valorar –último mes- haya estado en contacto con éste con la frecuencia y proximidad suficiente para poder aportar la información requerida. En el presente trabajo hemos aplicado la adaptación al castellano realizada en 1990 por Otero y cols.

La escala consta de siete secciones:

1. **Introducción:** se obtienen los datos sobre las características de la relación que mantienen el del paciente y el informante, aspectos referentes a la situación sociofamiliar de ambos e información y actitudes de éste sobre la enfermedad del paciente, su inicio y curso y la toma de medicación.
2. **Conducta del sujeto:** Examina 22 tipos de conducta evaluando si cada una está o no presente y, de estarlo, si su intensidad es moderada o grave. Mide también el impacto, la tensión que genera en el informante.
3. **Desempeño social del sujeto:** Agrupa en 13 ítems las principales áreas de la vida social, familiar y laboral del sujeto: tareas domésticas; administración de la casa; cuidado de los niños; actividades de ocio y tiempo libre; conversación diaria; apoyo; afectividad/amistad; relaciones de pareja; trabajo/estudio; toma de decisiones en la casa; manejo de los recursos comunitarios; interés por los acontecimientos socioculturales y relaciones interpersonales. Valora tres aspectos en cada área: si el rol es desempeñado o no, y en que medida; si ha cambiado dicho comportamiento social tras el

inicio de su trastorno y el estrés que supone para el informante el desempeño o no de dicho rol.

4. Carga Objetiva o efectos adversos en otros: los autores establecen tres grupos: los niños, el propio informante y, por último, los familiares, allegados y vecindario. Para Otero y cols,¹⁶¹, el término carga familiar hace referencia a las dificultades que sufre una familia como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros. Se valora si ha habido problemas en la vida de dichos grupos, si en dichos problemas ha tenido que ver el paciente y en que medida, y la tensión que crea dicha situación en el informante.
5. Apoyos al informante: valora el grado de apoyo que el informante recibe de familiares allegados e instituciones sociales y sanitarias. Para cada tipo de apoyo contempla el contacto, la frecuencia, el alivio emocional, la ayuda real recibida y el alivio experimentado por ésta.
6. Recaídas: hospitalizaciones en el último año. Nuestro estudio no lo ha contemplado, dado que no se han producido recaídas de tal severidad.
7. Apéndice: Acontecimientos vitales que hayan podido afectar tanto al informante como al sujeto estudiado.

Podemos resumir las subescalas del SBAS^{160,161} en cuatro:

A/ Conductas del sujeto.

B/ Desempeño de roles sociales.

C/ Carga objetiva: problemas de la familia no relacionados directamente con la conducta del sujeto.

D/ Carga subjetiva: estrés producido en el informante por la conducta del paciente y el deterioro en el desempeño de sus roles sociales.

Las principales características de esta escala son:

1. Por su estructura y sintomatología, minimiza los juicios de valor del entrevistador, mejorando la fiabilidad.
2. Recoge variables consideradas moduladoras del curso clínico, tales como actitudes sobre la enfermedad, por parte del paciente y del informante, y atribuciones causales del informante a acontecimientos adversos, discriminando si el problema está o no en relación con aquél.

3. Evalúa separadamente síntomas (conductas) y roles sociales, algo interesante en todos los casos, pero tal vez aún más en el TOC, donde no siempre la sintomatología va en la misma dirección que el desempeño social.
4. Contempla el nivel previo de funcionamiento del sujeto y su comparación con el actual, lo que facilita establecer metas en tratamientos psicoterapéuticos.

4.3.MÉTODO

Cada paciente fue explorado por el mismo y único entrevistador y en la misma jornada. Tras explicarle los objetivos del trabajo de investigación y solicitar su consentimiento, se concertó una cita para pocos días después, a la que debía acudir acompañado de un familiar o allegado que pudiese proporcionar información sobre las actividades y la vida cotidiana del sujeto. Al paciente se le administró de forma sucesiva el SCAN y la escala Y-BOCS y al familiar la escala SBAS, estando el paciente presente en la mayoría de los casos –sólo tres no quisieron permanecer en la entrevista- aunque sin dejarles intervenir.

- **Análisis estadístico**

Para la explotación de los datos se creó una base de datos en el programa D-BASEIV donde se vació toda la información. Posteriormente, el análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS versión 7.5.

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de las principales variables de estudio utilizando medidas de tendencia central y distribución de porcentajes. Se comprobó la hipótesis de la normalidad de la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para establecer la asociación entre variables cualitativas se aplicó la prueba de la Ji-cuadrado; para las cuantitativas (previa comprobación de la igualdad de varianzas a través de la F de Fisher-Snedecor) se utilizó la t de Student y el análisis de varianza (ANOVA). Se consideraron niveles de significación estadística cuando la p fue menor de 0,05.

Para poder establecer la fuerza de asociación entre dos variables cuantitativas se realizó un análisis de correlación calculando los coeficientes r de Pearson. Los resultados de dichos coeficientes se interpretaron siguiendo la regla de Colton, es decir, si el valor fue de 0 se consideró que no existía correlación; si fue de 0-0,25, ésta fue escasa; de 0,25-0,50, se consideró que existía cierto grado de correlación; entre 0,50-0,75, moderada o buena y si fue superior a 0,75, muy buena o excelente.

Para predecir los valores de una variable considerada dependiente en función de una variable independiente, se realizó una regresión lineal simple calculando el coeficiente de correlación (r) y de determinación (r^2), así como los coeficientes independientes y de regresión. Las variables que en este último análisis se relacionaron con la dependiente se analizaron en un modelo de regresión lineal múltiple para establecer el peso de cada una de ellas. En este caso, el método de introducción de las mismas fue el Stepwise (paso a paso), siendo la condición de entrada la de una probabilidad de F de $p < 0,05$ y de salida de $p > 0,10$.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

5.1.1. Características sociodemográfica.

En la tabla 3 vemos que la muestra está formada por 35 sujetos, de los que el 74,3% son mujeres y el 25,7% hombres. La media de edad es de 33,3 años (DE=11,5). El 57,1% están casados y el resto, solteros, no existiendo viudos, separados ni divorciados. El 45,7% no tiene hijos, el 17,1% sólo uno, el 25,7% dos, el 8,6% tres y una única paciente –equivalente al 2,9% de la muestra- tiene cuatro hijos.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra

		% (n)
Sexo	Mujeres	74,3 (26)
	Hombres	25,7 (9)
Edad (media=33,3; DE=11,5)	18-25 a.	34,3 (12)
	26-44 a.	45,7 (16)
	45-60 a.	20 (7)
Estado Civil	Casado	57,1 (20)
	Soltero	42,9 (15)
Nivel escolarización	Sin estudios	5,7 (2)
	Primarios incomp	28,6 (10)
	Primarios compl.	28,6 (10)
	FP/BUP.	11,4 (4)
	FP2/COU.	11,4 (4)
	Medios/superiores	14,3 (5)
Ocupación	Ama de casa	40,0 (14)
	Trabaja fuera casa	37,1 (13)
	Parado	5,7 (2)
	Otros	17,1 (6)

En el nivel de estudios destaca una mayoría, el 57,2%, que sólo ha realizado estudios primarios y, de éstos, la mitad no los finalizó. Trabaja a tiempo completo el 28,6% y a tiempo parcial el 8,6%; a las tareas domésticas se dedica el 40,0%; el 5,7%

está en paro y el 17,1% queda englobado en el subgrupo *otros*, que abarca sobre todo a estudiantes.

5.1.2. Datos relacionados con la historia natural de la enfermedad

Respecto a los antecedentes familiares (Tabla 4), en el 45,7% hay familiares de primer grado que padecen, o han padecido, trastornos mentales, pero no trastorno obsesivo; en el 25,7% sí hay antecedentes de trastorno obsesivo; el 22,9% no refiere antecedentes de enfermedad mental y el 5,7% desconoce si existen.

Tabla 4. Datos relacionados con la enfermedad

		% (n)
Antecedentes familiares	T. Mental, no TOC	45,7 (16)
	TOC	25,7 (9)
	No antecedentes	22,9 (8)
	No saben	5,7 (2)
Edad de inicio (media=24,5; DE=10,0)	< 15 a.	17,1 (6)
	15-25 a.	37,1 (13)
	26-35 a.	37,1 (13)
	> 35 a.	8,6 (3)
Edad 1ª consulta (media=28,4; DE=10,4)	<15 a.	5,7 (2)
	16-25 a.	40,0 (14)
	26-35 a.	37,2 (13)
	> 35 a.	17,1 (6)
Años desde inicio de la enfermedad/1ª consulta (media=3,9; DE=5,5)	<1 a.	42,9 (15)
	1-2 a.	17,1 (6)
	3-5 a.	11,4 (4)
	>5 a.	28,6 (10)
Años evolución (media=8,8; DE=8,1)	< 1 a.	8,6 (3)
	1-3 a.	31,4 (11)
	4-10 a.	22,9 (8)
	>10 a.	37,1 (13)
Curso de la enfermedad	Tipo 1	8,6 (3)
	Tipo 2	22,9 (8)
	Tipo 3	62,9 (22)
	Tipo 4	5,7 (2)

La edad de inicio del trastorno tiene una media de 24,5 años (DE=10,0). Ningún sujeto de la muestra desarrolló el cuadro antes de los 8 años, período considerado de inicio precoz y en tres casos, 8,7%, el trastorno tuvo un inicio tardío, entre los 45 y 50 años.

La media de edad de la primera consulta es de 28,4 años (DE=10,4), produciéndose ésta entre los 16 y los 25 años en la mayor parte de los casos. El tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la primera consulta tiene una duración media de 3,9 años (DE=5,5) y, aunque la mayoría de los sujetos (42,9%) lo hicieron durante el primer año, una proporción importante (28,6%) no lo hizo hasta cinco años después de su inicio.

En el 37,1%, el tiempo de evolución de la enfermedad es superior a 10 años, con una media en el grupo de estudio de 8,8 años (DE=8,1).

Con relación al curso clínico, éste no pudo evaluarse en tres casos, 8,6%, dado que el trastorno se había iniciado en el último año (tipo 1); la mayoría de los casos (62,9%) pertenece al grupo que presenta un inicio insidioso y larga evolución con adaptación casi total (tipo 3). Sólo en el 5,7% encontramos un curso progresivo tendente a la invalidez (tipo 4).

El tratamiento farmacológico es prácticamente constante: el 88,6% de los casos seguía tratamiento con antidepresivos de acción serotoninérgica, un 54,3% benzodicepinas como ansiolíticos o hipnóticos y en el 8,6% de los casos, en tres sujetos, también estaban prescritos antipsicóticos a pequeñas dosis.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS FORMACIONES OBSESIVAS

5.2.1. Temas de las obsesiones y compulsiones

Tal y como se detalla en la tabla 5, las ideas obsesivas que aparecen con más frecuencia son las de agresión (74,3%), seguidas de las agrupadas en *otros tipos* que, en la escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown, engloban la necesidad de saber o recordar, el miedo a decir ciertas cosas o a no saber decir otras de forma correcta, las imágenes, palabras, sonidos o canciones intrusas pero de contenido neutro, los números o colores a los que se les atribuye un significado especial, etc.

Esta categoría, ciertamente amplia, aparece en el 71,4% de los sujetos, y a continuación las obsesiones de contaminación, presentes en el 68,6%.

Las compulsiones más frecuentes son las de comprobación (74,3%), seguidas de las de lavado (62,9%) y de las agrupadas en *otros tipos* que, en este caso, se refiere a los rituales mentales diferentes a comprobar o contar, la necesidad de decir, preguntar, confesar y tocar, las medidas para prevenir consecuencias temidas, etc. Este apartado aparece en un 42,9% de los casos.

Las formaciones obsesivas referidas al cuerpo, obsesiones o compulsiones, están contempladas de forma conjunta en la escala, siendo su frecuencia de 11,4%.

Tabla 5. Formaciones obsesivas según temas

Formación	n	%
Obsesiones de agresión	26	74,3
Obsesiones de otros tipos	25	71,4
Obsesiones de contaminación	24	68,6
Obsesiones de simetría/orden	12	34,3
Obsesiones sexuales	7	20,0
Obsesiones acumulación	7	20,0
Obsesiones religiosas	3	8,6
Obsesiones/compulsiones ref. cuerpo	4	11,4
Compulsiones de comprobación	26	74,3
Compulsiones de otros tipos	15	42,9
Compulsiones de lavado	22	62,9
Compulsiones de contar	11	31,4
Compulsiones de orden	10	28,6
Rituales de repetición	5	14,3
Compulsiones de acumulación	4	11,4

5.2.2 Características de las obsesiones

Los datos se detallan en la tabla 6. Cada ítem tiene una puntuación de 0 – ausente- a 4, que corresponde a una gravedad extrema, invalidante, salvo los ítems referentes a resistencia y control que presentan un orden invertido. La puntuación total de las características de las obsesiones se obtiene sumando las anteriores y tiene unos márgenes de 0 a 20. Las puntuaciones medias y las desviaciones estándar se exponen también en la misma tabla.

-Tiempo: casi la mitad de la muestra (45,7%) presenta pensamientos obsesivos durante un tiempo considerado moderado, que equivale a intrusiones frecuentes que ocupan de una a tres horas al día o que se presentan más de ocho veces al día, aunque la mayor parte de éste permanece libre de obsesiones. En un porcentaje importante (28,6%) las ideas obsesivas abarcan la mayor parte de la jornada.

-Interferencia: se presenta en grado leve, sin deteriorar el rendimiento global de las actividades sociales o profesionales, en el 37,1% de los casos; pero en más de la mitad de la muestra la encontramos en grado moderado o severo (25,7% y 25,7%, respectivamente), afectando clara y sustancialmente dichas actividades.

-Malestar: el malestar producido por las obsesiones es considerado grave en el 48,6% y moderado en el 42,9%.

-Resistencia: presenta mucha variabilidad: desde el 8,6% que siempre realiza esfuerzos para oponerse, hasta el 11,4% que cede totalmente, estando el grueso del grupo entre los que casi siempre intentan resistirse (31,4%) y los que ceden totalmente, pero con cierto rechazo (25,7%).

-Control: el control ejercido sobre las obsesiones no es completo en ningún caso, la mayoría (45,7%) apenas tiene éxito en detenerlas, consiguiendo sólo desviar la atención con dificultad.

Tabla 6. Características de las obsesiones (%)

	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Extremo	Puntuación Media (DE)
Tiempo dedicado	0,0	8,6	45,7	28,6	17,1	2,5 (0,9)
Interferencia	11,4	37,1	25,7	25,7	0,0	1,7 (1,0)
Malestar	0,0	2,9	42,9	48,6	5,7	2,6 (0,6)
Resistencia	8,6 ^a	31,4 ^b	22,9 ^c	25,7 ^d	11,4 ^e	2,0 (1,2)
Control	0,0 ^f	8,6 ^g	22,9 ^h	45,7 ⁱ	22,9 ^j	2,8 (0,9)

Resistencia: (a) resiste siempre, (b) casi siempre, (c) a veces, (d) cede con rechazo, (e) cede de buen grado.

Control: (f) completo, (g) casi siempre, (h) a veces, (i) casi nunca, (j) ningún control.

5.2.3. Características de las compulsiones

Las características de las compulsiones se exponen en la tabla 7. Al igual que en el apartado anterior, cada ítem tiene una puntuación de 0 a 4, de menor a mayor gravedad. Las medias, con sus desviaciones estándar, se incluyen también en la tabla.

-*Tiempo*: en el 45,7%, el tiempo empleado en ellas tiene un grado moderado. Dos casos (5,7%) no presentan compulsiones, por lo que el tiempo computado es cero.

-*Interferencia*: está muy repartida, situándose la mayoría en los grados leve y moderado (31,4% y 34,3% respectivamente).

-*Malestar*: tiene una intensidad moderada en el 54,3% de los casos.

Tabla 7. Características de las compulsiones (%)

	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Extremo	Puntuación Media (DE)
Tiempo	5,7	20,0	45,7	17,1	11,4	2,1 (1,0)
Interferencia	17,1	31,4	34,3	14,3	2,9	1,5 (1,0)
Malestar	8,6	22,9	54,3	11,4	2,9	1,8 (0,9)
Resistencia	8,6 ^a	11,4 ^b	20,0 ^c	34,3 ^d	25,7 ^e	2,6 (1,2)
Control	5,7 ^f	5,7 ^g	25,7 ^h	37,1 ⁱ	25,7 ^j	2,7 (1,1)

Resistencia: (a) resiste siempre, (b) casi siempre, (c) a veces, (d) cede con rechazo, (e) cede de buen grado. Control: (f) completo, (g) casi siempre, (h) a veces, (i) casi nunca, (j) ningún control.

-*Resistencia*: es muy inferior a la desplegada frente a las obsesiones: las cifras más altas las encontramos entre los que ceden por completo con cierto rechazo (34,3%) y los que ceden también por completo y con plena aceptación (25,7%).

-*Control*: sólo aparece como total en aquellos casos que no las presentan; en general, se ejerce poco control (37,1%) o una falta absoluta de éste (25,7%).

5.2.4. Puntuación total de obsesividad (puntuación total Y-BOCS)

La puntuación total de la escala, que se obtiene sumando los totales de las subescalas de obsesión y de compulsión, tiene una media de 22,3 (DE=6,8), estando los límites de la muestra entre 7 y 36, y los de la escala entre 0 y 40 (tabla 8).

Tabla 8. Puntuación Y-BOCS

Escalas	Puntuación media (DE)
Subtotal de obsesión	11,6 (3,3)
Subtotal de compulsión	10,7 (6,9)
Puntuación total	22,3 (6,9)

DE: Desviación estándar.

Intervalo de las subescalas: 0-20

Intervalo de la escala total: 0-40

Intervalo de la muestra: 7-36

El 45,7% (n=16) de la población estudiada puntúa entre 16 y 23, que equivale a padecer un TOC de intensidad moderada; el 28,6% (n=10) entre 24 y 31, siendo su intensidad severa; el 14,3% presenta una intensidad leve, entre 8 y 15 puntos; el 8,6% constituye el grupo de intensidad extrema, cuya puntuación se halla entre 32 y 40 puntos y, finalmente, sólo un caso, equivalente al 2,9%, se sitúa en el nivel subclínico, aunque justo en el límite, dado que puntúa 7. Los resultados por intervalos se exponen en la tabla 9.

Tabla 9. Puntuación total Y-BOCS

Puntuación por intervalos	% (n)
0-7 Subclínico	2,9 (1)
8-15 Leve	14,3 (5)
16-23 Moderado	45,7 (16)
24-31 Severo	28,6 (10)
31-40 Extremo	8,6 (3)

Intervalo de la escala: 0-40.

Intervalo de la muestra: 7-36.

5. 2. 5. Variables de investigación de la escala Y-BOCS

En general, las puntuaciones de estos ítems se sitúan dentro de los grados leve y moderado. La puntuación media siempre es inferior a 2, estando sus márgenes entre 0 y 4 (Tabla 10).

-Introspección: no existe ningún caso con una puntuación 4, equivalente a la pérdida total del sentido de realidad sobre sus preocupaciones y conductas, es decir, delirante. Sólo dos casos puntúan 3, que equivale a una introspección escasa, manteniendo que sus ideas y conductas no son irracionales o exageradas, pero sin la certeza del anterior. La mayoría de los sujetos (42,9%) puntúan 1: presentan conciencia de absurdidad, pero no están totalmente convencidos de que no exista más motivo de preocupación que su propia ansiedad. Otro grupo importante (31,4%) tiene una introspección media: aunque contemplan la posibilidad de que sus temores y conductas sean ilógicos y excesivos, vacila en su certeza. Por último, el 20% de los sujetos conserva intacto el sentido de la realidad, considerando completamente absurdas y desproporcionadas sus formaciones obsesivas.

-Evitación: Es el único ítem en el que en solo paciente puntúa 4, que equivale a que hace casi todo lo que puede para evitar el desencadenamiento de los síntomas. Sin embargo, el grupo más amplio (34,3%) no presenta ninguna evitación deliberada. El resto de los pacientes presenta algún tipo de conducta evitativa.

Tabla 10. Variables de investigación de la escala Y-BOCS

	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema	Punt. media (DE)
Evitación	34,3 (12)	17,1 (6)	25,7 (9)	20,0 (7)	2,9 (1)	1,4 (1,2)
Indecisión	31,4 (11)	11,4 (4)	48,6 (17)	8,6 (3)	0,0 (0)	1,3 (1,0)
Responsabilidad	11,4 (4)	22,9 (8)	54,3 (19)	11,4 (4)	0,0 (0)	1,7 (0,8)
Lentitud	54,3 (19)	17,1 (6)	25,7 (9)	2,9 (1)	0,0 (0)	0,8 (0,9)
Duda patológica	11,4 (4)	14,3 (5)	48,6 (17)	25,7 (9)	0,0 (0)	1,9 (0,9)
Introspección	20,0 (7) ^a	42,9 (15) ^b	31,4 (11) ^c	5,7 (2) ^d	0,0 (0) ^e	1,2 (0,8)

Datos expresados en porcentaje y entre paréntesis: n.

DE: Desviación estándar.

Introspección: (a): excelente, (b): buena, (c):media, (d):escasa, (e):ausente, delirante.

-Indecisión: La mayoría (48,6%) reconoce presentar problemas para tomar decisiones que consideran fáciles para el resto de la gente, pero hay un grupo importante (31,4%) que no tiene este tipo de problemas.

-Sentimiento de responsabilidad exagerado: No aparece ningún caso en el extremo más severo de la escala, donde estarían aquellos sujetos que tendrían un sentido de la responsabilidad delirante, como culparse de catástrofes por no haber realizado sus compulsiones. Más de la mitad de los sujetos (54,3%) se siente responsable de acontecimientos que están razonablemente fuera de su control. Un 11,4% tiene aún más acusada esta vivencia y sólo el 11,4% no tiende a culpabilizarse por acontecimientos de ese tipo.

-Entretimiento general o inercia: Destaca el grupo (54,3%) que no tiene ninguna dificultad para iniciar, realizar o finalizar actividades rutinarias, sólo un caso presenta una gran inhibición y una cuarta parte de la muestra (25,7%) consideran que sus tareas se prolongan más de lo necesario, pero consigue finalizarlas.

-Duda patológica: este ítem indaga las dudas que derivan de la inseguridad del sujeto en torno a sus propias percepciones y memoria, y el grado de preocupación que le origina. Únicamente el 11,4% no tiene dudas de este tipo, la mayoría (48,6%) se siente molesta por ellas y reconoce que repercute en sus rendimientos, aunque todavía es manejable. En un 25,7% tiene una influencia negativa sobre dichos rendimientos.

5.3. COMORBILIDAD

A través de la aplicación de los cuestionarios del sistema SCAN se obtuvo la tipificación del trastorno obsesivo así como de los otros diagnósticos concurrentes. Este cuestionario también ha permitido analizar toda la sintomatología acompañante, aunque no llegara a constituir un trastorno psiquiátrico en su totalidad.

Se ha podido comprobar que, en la muestra de estudio, el TOC de predominio obsesivo sólo aparece en dos casos (5,7%), no hay ninguno de predominio compulsivo y la gran mayoría de los casos (94,3%, n=33) presenta un TOC mixto.

5.3.1. Comorbilidad con otros trastornos

La comorbilidad con otros trastornos alcanza el 45,7% (n=16) del total. Nueve pacientes tienen un diagnóstico más; seis, dos y, en un caso, encontramos tres más.

Los trastornos depresivos aparecen en el 28,6% (n=10) (tabla 11). En la mitad de éstos el diagnóstico obtenido es el de trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión y, en los casos restantes, destaca la intensidad leve o moderada y la inexistencia de síntomas característicos de endogenicidad.

Tabla 11. Comorbilidad del TOC con otros trastornos

		%
Trastornos depresivos (n=10; 28,6%)	Episodio depresivo leve sin síntomas somáticos	20,0
	Episodio depresivo moderado sin síntomas somáticos	10,0
	T. Depresivo recurrente moderado sin síntomas somáticos	20,0
	T. depresivo recurrente en remisión	50,0
Trastornos de ansiedad (n=12; 34,3%)	Fobias específicas (aisladas)	58,3
	Trastorno de pánico moderado	8,3
	Trastorno de pánico severo	33,4

Encontramos trastornos de ansiedad en el 34,3% (n=12), de los que cinco corresponden a trastornos de pánico en grado moderado y severo y, el resto, a fobias específicas. Por último, el diagnóstico de insomnio no orgánico aparece en dos casos.

5.3.2. Comorbilidad con otros síntomas

Para analizarla hemos utilizado la lista de comprobación de grupos de ítems (IGC) del PSE, agrupaciones de síntomas que se obtienen de forma automática a partir del sistema CATEGO. Los resultados se exponen en la tabla 12.

Dejando aparte las *obsesiones y compulsiones* (IG7) que, lógicamente, están presentes en la totalidad de los casos (media=7,49; DE=2,15; puntuación máxima=19), el grupo de síntomas que aparece en mayor número de sujetos es el correspondiente a *tensión nerviosa* (IG1), que agrupa los ítems relacionados con preocupaciones excesivas, irritabilidad, sensibilidad al ruido, presentimientos ansiosos, pérdida de la autoconfianza, dificultades para conciliar el sueño y

pesadillas. Se aprecia en la mayoría de los casos (91,4%) con una puntuación media baja (media=6,51; DE=3,42, puntuación máxima=30).

Tabla 12. Comorbilidad del TOC con otros síntomas (IGs)

IG	n	%	Intervalo de la muestra	Punt. Máx. de la Escala	Media	Desviación Estandar
IG1	32	91,4	0-16	27	6,51	3,42
IG2	27	77,1	0-10	12	3,46	3,11
IG3	31	88,6	0-17	30	8,08	4,05
IG4	8	22,9	0-8	9	0,91	2,03
IG5	12	34,3	0-6	9	1,31	2,07
IG6	21	60,0	0-8	10	2,17	2,19
IG7	35	100,0	4-14	15	7,49	2,15
IG8	5	14,3	0-2	24	0,17	0,45
IG9	25	71,4	0-16	18	4,49	4,31
IG10	6	17,1	0-5	12	0,37	1,19
IG11	18	51,4	0-5	20	1,34	1,66
IG12	24	68,6	0-13	20	4,47	4,06
IG23	2	5,7	0-2	19	0,11	0,47

A continuación, en orden de frecuencia, encontramos los síntomas de *ansiedad autonómica y puntuación de pánico* (IG3): crisis de ansiedad, ansiedad flotante persistente, pánico sin fobias, despersonalización con ansiedad y un amplio listado de síntomas autonómicos que pueden acompañarlos. También en este caso, como en el anterior, la alta frecuencia (88,6%) no va a corresponder a una alta intensidad (media=8,08; DE=4,05; puntuación máxima=27).

La *tensión muscular* (IG2) abarca dolores tensionales localizados, tensión muscular generalizada, inquietud y fatigabilidad. Se observa en el 77,1% de los pacientes (media=3,46; DE=3,11; puntuación máxima=12).

El IG9 o *disminución subjetiva del funcionamiento* hace referencia a pérdida de concentración, dificultad para pensar con claridad, pérdida de interés, sensación subjetiva de enlentecimiento, pérdida de energía, sensación de que las tareas diarias le sobrepasan, problemas subjetivos de memoria, mecanismos para compensarlos y olvidos de nombres de personas cercanas. Los tres últimos ítems se han excluido: pertenecen a la sección 20 del PSE, que no ha llegado a ser aplicada dado que ningún

sujeto superó la puntuación de corte. Este IG aparece en el 71,4% (media=4,49; DE=4,31; puntuación máxima=18).

Los síntomas correspondientes al *estado de ánimo depresivo* (IG12) son: humor depresivo, depresión enmascarada, tendencia al llanto, desesperanza, ideas y/o actos suicidas, tedio vital y depresión observable. Su frecuencia es del 68,6% (media=4,47; DE=4,06; puntuación máxima=20).

El apartado *características especiales del estado de ánimo depresivo* (IG11) recoge algunos –no todos- de los síntomas que caracterizan el síndrome depresivo *endógeno*: sensación de pérdida de sentimientos, depresión sin remisiones, depresión matutina, preocupación sobre la muerte o catástrofes, culpa patológica, ideas de culpa referenciales, pérdida de la autoestima y embotamiento de la percepción. Se ha detectado en el 51,4% (media=1,34; DE=1,66; puntuación máxima=20).

Las *fobias simples, específicas* (IG6) son los síntomas fóbicos más frecuentes: 60,0% (media=2,17; DE=2,19; puntuación máxima=10). Agrupa el miedo a las tormentas, animales pequeños, espacios cerrados, alturas, ambientes médicos y a contraer enfermedades. Le siguen en frecuencia la *fobia social* (IG5): ansiedad en situaciones sociales y en la relación interpersonal, que encontramos en el 34,3% (media=1,31; DE=2,07; puntuación máxima=9) y la *agorafobia* (IG4): ansiedad localizada en espacios abiertos, cerrados o sin salida fácil, temor a la lejanía o permanecer solo y miedo a viajar, cuya frecuencia es de 22,9% (media=0,91; DE=2,03; puntuación máxima=9). En los grupos de ítems de todos los tipos de fobias incluyen una medida de la gravedad de éstas.

La *disminución del funcionamiento corporal* (IG10) valora los problemas relacionados con la libido, el apetito y el sueño, apareciendo en el 17,1% (media=0,37; DE=1,19; puntuación máxima=12).

Síntomas de *despersonalización y desrealización* no ligados a situaciones de ansiedad (IG8), los hallamos en el 14,3% (media=0,17; DE=0,45; puntuación máxima=24).

El grupo de síntomas denominado *psicosis inespecíficas* (IG23) aparece únicamente en dos casos de pacientes con celotipia mórbida no psicótica, que constituyen el 5,7% (media=0,11; DE=0,47; puntuación máxima=19).

5.4 DISMINUCIÓN EN EL DESEMPEÑO DE LOS ROLES SOCIALES O DISCAPACIDAD LIGADA AL TOC

Para estudiar la discapacidad ligada al TOC, se ha utilizado la escala de desempeño psicosocial, SBAS, que la evalúa a partir de la disminución en el desempeño de roles sociales. En la tabla 13 se detallan los roles que analiza y sus puntuaciones.

La puntuación global del desempeño tiene una media de 0,38 (DE=0,34), con unos límites de 0-1,5; siendo el intervalo de la escala de 0-2.

La gran mayoría de los casos, 34, obtienen una puntuación igual o inferior a 1 y el sujeto restante puntúa 1,5. El 17,1% (6) no presenta ninguna disminución en el desempeño, el 48,6% (17) presenta una disminución igual o inferior al 25%, el 31,4% (11), entre el 25 y el 50% y sólo un caso, el 2,9%, presenta una reducción del 75%.

Tabla 13. Puntuación en cada uno de los apartados del SBAS

ROLES	Sin Cambios	Disminución desempeño	Gran disminución desempeño
Tareas de la casa	88,6 (31)	5,7 (2)	5,7 (2)
Administración de la casa	85,7 (30)	11,4 (4)	2,9 (1)
Cuidado de los hijos	97,1 (34)	2,9 (1)	0 (0)
Actividades ocio y tiempo libre	37,1 (13)	45,7 (16)	17,1 (6)
Conversación diaria	62,9 (22)	34,3 (12)	2,9 (1)
Apoyo	80,0 (28)	17,1 (6)	2,9 (1)
Afectividad y amistad	88,6 (31)	11,4 (4)	0 (0)
Relaciones de pareja	74,3 (26)	25,7 (9)	0 (0)
Trabajo/estudio	80,0 (28)	17,1 (6)	2,9 (1)
Toma de decisiones	68,6 (24)	25,7 (9)	5,7 (2)
Manejo recursos comunitarios	80,0 (28)	17,1 (6)	2,9 (1)
Interés por acontecimientos sociocult.	57,1 (20)	25,7 (9)	17,1 (6)
Relaciones interpersonales	60,0 (22)	31,4 (11)	8,6 (3)

Datos expresados en porcentaje y entre paréntesis: n.

Los roles, en orden de mayor a menor afectación, son: participación en actividades de ocio y uso del tiempo libre, interés por los acontecimientos socioculturales, relaciones interpersonales, conversación diaria, toma de decisiones en la casa, relaciones de pareja, tendencia a dar apoyo a los demás, manejo de recursos comunitarios, trabajo o estudio, administración de la casa, tareas domésticas, relaciones de amistad y muestras de afectividad y, por último, cuidado de los hijos. En resumen, los roles más disminuidos son aquellos que hacen referencia a las actividades sociales, estando los laborales y familiares más conservados.

5.5. GRAVEDAD DE LAS FORMACIONES OBSESIVAS Y SU RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Nos hemos centrado en la puntuación total de obsesividad, es decir, la gravedad de las formaciones obsesivas obtenida a través de la escala Y-BOCS, como variable dependiente.

En esta muestra, dicha gravedad no guarda relación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas estudiadas: sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación, antecedentes familiares de TOC y edad de los pacientes (tabla 14).

Tabla 14. Relación entre la puntuación total de Y-BOCS y variables sociodemográficas

	T de Student	p
Sexo	-0,143	0,89
Estado civil (casado/soltero)	0,605	0,55
Nivel de estudios (Primarios o menos/Bachillerato o superiores)	-0,595	0,56
Ocupación * (Trabaja/Ama de casa/Otros)	1,385	0,26
Historia familiar de TOC (Sí/No)	-0,166	0,87
Edad **	0,108	0,53

* Anova. ** Coeficiente de correlación de Pearson.

Tampoco las variables de evolución de la enfermedad, como la edad de inicio, la edad de la primera consulta, el tiempo transcurrido entre una y otra, o los años de evolución (tabla 15) se relacionan con la gravedad de las obsesiones, al analizarlas mediante un análisis de regresión lineal.

Tabla 15. Relación entre la puntuación total obtenida en Y-BOCS y variables de evolución de la enfermedad

	Coefficiente independiente	Coefficiente de Regresión	Coefficiente de Correlación (r)	Coefficiente de Determinación (r²)	p
Edad de Inicio	22,56	-0,011	0,016	0,000	0,92
Años evolución	21,00	0,147	0,173	0,030	0,32
Edad 1^a consulta	21,11	0,041	0,062	0,004	0,72
Edad inicio/1^a consulta	21,553	0,186	0,148	0,022	0,40

El tipo de curso clínico sí guarda relación con dicha gravedad, siendo la única variable que ha resultado estadísticamente significativa. Los pacientes con una puntuación más alta en obsesividad son aquellos con un curso más grave, el denominado tipo 4, que hace referencia a las formas evolutivas continuas, deteriorantes, que provocan una invalidez al sujeto que padece el trastorno (tabla 16).

Tabla 16. Relación entre la puntuación total obtenida en Y-BOCS y el curso de la enfermedad (ANOVA)

CURSO	Puntuación media	D.E.	p
Tipo 1	15,7	8,1	0,04
Tipo 2	19,0	4,6	
Tipo 3	23,2	6,0	
Tipo 4	35,0	1,4	

DE: Desviación estandar.

5.6. COMORBILIDAD Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DEL TOC

Cuando relacionamos los grupos de síntomas (IG) con la variable que recoge la puntuación total de la escala Y-BOCS, la gravedad de las formaciones obsesivas, vemos que ésta se relaciona de forma significativa ($p < 0,001$), además de con el grupo de síntomas obsesivos (IG7), con el grupo de síntomas relativos a la pérdida subjetiva del funcionamiento (IG9) y los referidos a tensión nerviosa (IG1) (tabla 17).

Tabla 17. Relación entre la puntuación total de Y-BOCS y los grupos de síntomas comórbidos (IGs)

	Coefficiente independiente	Coefficiente de Regresión	Coefficiente de Correlación (r)	Coefficiente de Determinación (r^2)	P
IG1	15,28	1,076	0,535	0,286	0,001
IG2	18,83	0,999	0,452	0,204	0,01
IG3	17,96	0,537	0,316	0,100	ns
IG4	21,40	0,972	0,290	0,083	ns
IG5	20,83	1,105	0,333	0,111	ns
IG6	19,70	1,202	0,380	0,144	0,05
IG7	6,42	2,120	0,662	0,438	0,001
IG8	22,08	1,188	0,080	0,006	ns
IG9	18,31	0,885	0,556	0,311	0,001
IG10	21,45	2,248	0,389	0,151	0,05
IG11	19,55	2,040	0,493	0,243	0,01
IG12	18,98	0,700	0,412	0,170	0,05
IG23	22,12	1,439	0,010	0,010	ns

ns: no significativo.

A continuación encontramos, con una menor relación ($p < 0,01$), los síntomas que agrupan las características especiales del estado de ánimo depresivo (IG11) y los relativos a tensión muscular (IG2).

Se relacionan también, pero estadísticamente con menos significación ($p < 0,05$), los síntomas referentes a estado de ánimo depresivo (IG12), disminución del funcionamiento corporal (IG10) y las fobias específicas (IG6).

La puntuación total de las formaciones obsesivas no puede explicarse –su relación no guarda significación estadística– con los síntomas de ansiedad autonómica

y crisis de pánico (IG3), agorafobia (IG4), fobia social (IG5), despersonalización y desrealización (IG8), percepción alterada (IG20) y psicosis inespecíficas (IG23).

Si en el análisis aplicamos el modelo de regresión lineal múltiple a los grupos de síntomas que mostraban mayor relación con la gravedad obsesiva, los síntomas con mayor peso en dicha gravedad son los mismos que obteníamos en el análisis anterior: IG9, o disminución subjetiva del funcionamiento e IG1, o tensión nerviosa. Ellas explican el 42% de la puntuación en la gravedad del TOC (Coeficiente de Determinación, $r^2=0,420$). Pero si el mismo análisis se realiza incluyendo todas las variables que se han relacionado de forma estadísticamente significativa con dicha gravedad, los IG6 e IG10, junto a los anteriores, alcanzan un peso superior al 50% en su determinación ($r^2=0,580$). (Tabla 18).

Tabla 18. Relación entre Puntuación total de Y-BOCS y los Grupos de síntomas (IGs) (Modelo de Regresión lineal múltiple)

	Coeficiente independ.	Coef. Regresión	Coef. Correlación (r)	Coef. Determinación (r^2)	P
Resultados del modelo			0,762	0,580	0,000
VARIABLES INCLUIDAS *:	13,06				
IG9		0,465			
IG1		0,655			
IG6		1,018			
IG10		1,789			

Variables excluidas del modelo: IG2, IG11, IG12.

*En el orden de introducción.

En resumen, los síntomas comórbidos que tienen mayor peso en la gravedad del TOC (Puntuación total Y-BOCS) son, en primer lugar, aquellos que hacen referencia a la *disminución subjetiva del funcionamiento* (IG9), ya enumerados en el apartado 5.3.2, que pueden sintetizarse en apatía, astenia, pérdida de interés y sensación subjetiva de pérdida de memoria y enlentecimiento y, en segundo lugar, los referentes a *tensión nerviosa* (IG1) como inseguridad, preocupaciones excesivas y presentimientos ansiosos, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño y pesadillas. A continuación, de forma menos importante, aparecen las *fobias simples inespecíficas*

(IG6), que incluye miedo a las tormentas, animales pequeños, alturas, espacios cerrados, ambientes médicos y enfermedades y, la *disminución del funcionamiento corporal* (IG10), o problemas relacionados con la libido, apetito y sueño.

Quedan excluidos de este modelo de análisis, es decir, su peso en la gravedad del TOC es menos relevante, los grupos de ítems correspondientes a *tensión muscular* (IG2), el *estado de ánimo depresivo* (IG12) y *las características especiales del estado de ánimo depresivo* (IG11).

5.7. OBSESIVIDAD Y DISCAPACIDAD

En cuanto al desempeño de roles sociales, la relación entre la gravedad de las formaciones obsesivas y la afectación en el desempeño de éstos, se plasma de forma estadísticamente significativa en los referidos a relaciones interpersonales ($p=0,000$), conversación diaria ($p=0,000$), actividades de ocio y tiempo libre ($p=0,004$), manejo de recursos comunitarios ($p=0,02$), el interés por los acontecimientos socioculturales ($p=0,02$), el cuidado de los hijos ($p=0,04$) y las actividades de trabajo y estudio ($p=0,04$). No se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala Y-BOCS y la capacidad de dar apoyo a los demás, la realización de las tareas domésticas, las relaciones de pareja, las relaciones de amistad y las muestras de afectividad, la toma de decisiones y, finalmente, la administración de la casa (tabla 19).

Como en el apartado anterior, aplicamos el modelo de regresión lineal múltiple a las variables que se han relacionado de forma estadísticamente significativa con la variable dependiente: puntuación total de Y-BOCS. Son la disminución de los roles relativos a las relaciones interpersonales y a la conversación diaria los que tienen un mayor peso en las altas puntuaciones en obsesividad, explicando el 50% de dicha puntuación (Tabla 20). Es decir, en esta muestra, los casos de TOC más graves tienen un deterioro o discapacidad en la comunicación verbal y se encuentran más aislados socialmente. La disminución en el desempeño de otros roles, como las actividades de ocio, el trabajo o el estudio, el interés por los acontecimientos socioculturales y el manejo de recursos comunitarios no parecen ser tan importantes a la hora de explicar la gravedad.

Tabla 19. Relación entre puntuación total Y-BOCS y disminución en el desempeño de roles sociales (SBAS)

	Coeficiente independ.	Coef. Regresión	Coef. Correlación (r)	Coef. Determinación (r²)	P
Tareas de la casa	21,90	2,26	0,169	0,029	ns
Administración de la casa	22,25	0,18	0,012	0,000	ns
Cuidado de los hijos	21,88	14,11	0,347	0,121	0,04
Actividades ocio y tiempo libre	18,65	4,54	0,476	0,227	0,004
Conversación diaria	19,55	6,83	0,550	0,302	0,001
Apoyo	21,54	3,27	0,233	0,054	ns
Afectividad y amistad	21,90	3,35	0,157	0,025	ns
Relaciones de pareja	22,92	-2,48	0,160	0,260	ns
Trabajo/estudio	21,17	4,86	0,347	0,120	0,04
Toma de decisiones	21,64	1,75	0,152	0,023	ns
Manejo recursos comunitarios	21,03	5,47	0,390	0,152	0,02
Interés por acontecimientos sociocult.	20,256	3,38	0,381	0,145	0,02
Relaciones interpersonales	19,05	6,66	0,638	0,407	0,000

ns: No significativo.

Tabla 20. Relación entre Puntuación total de Y-BOCS y disminución en el desempeño de roles sociales (SBAS). (Modelo de Regresión lineal múltiple)

	Coeficiente independ.	Coef. Regresión	Coef. Correlación (r)	Coef. Determinación (r²)	P
Resultados del modelo			0,709	0,472	0,000
Variables incluidas*: Relaciones interpersonales Conversación diaria	18,08	5,159 4,248			

Variables excluidas del modelo: Actividades de ocio y tiempo libre, Trabajo/estudio, Manejo de recursos comunitarios e interés por acontecimientos socioculturales.

*En el orden de introducción.

5.8. RELACIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DEL DESEMPEÑO DE ROLES SOCIALES (ROLES) Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ENFERMEDAD

Hasta ahora se han analizado los datos obtenidos de esta muestra en torno a la gravedad de las formaciones obsesivas, considerando la puntuación total de Y-BOCS como variable dependiente. A continuación se pretende indagar la relación entre estos resultados y la discapacidad ligada al TOC, siguiendo el mismo procedimiento anterior, pero utilizando la puntuación obtenida en la escala del desempeño de roles sociales (ROLES) del SBAS como variable dependiente.

5.8.1. Relación entre puntuación de ROLES y variables sociodemográficas y de evolución de la enfermedad

Cuando se ha relacionado las variables sociodemográficas con la puntuación obtenida en la escala de roles sociales (ROLES), no se ha encontrado ninguna relación estadística (tabla 21). En la discapacidad no parece influir la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios, la ocupación o los antecedentes familiares de TOC.

Tabla 21. Relación entre la puntuación de ROLES y variables sociodemográficas

	T de Student	P
Sexo	-0,696	0,49
Estado civil (casado/soltero)	-0,943	0,35
Nivel de estudios (Primarios o menos/Bachillerato o superiores)	0,072	0,943
Ocupación * (Trabaja/Ama de casa/Otros)	0,436	0,514
Historia familiar de TOC (Sí/No)	-0,220	0,827
Edad **	0,232	0,179

* Anova.

** Coeficiente de correlación de Pearson.

Tampoco se ha encontrado relación con las variables relativas a la evolución de la enfermedad tales como edad de inicio, años de evolución o edad a la que se realizó la primera consulta, tal y como se puede observar en la tabla 22.

Tabla 22. Relación entre la puntuación de ROLES y variables de evolución de la enfermedad

	Coficiente independ.	Coef. Regresión	Coef. Correlación (r)	Coef. Determinación (r²)	P
Edad de Inicio	0,156	0,009	0,267	0,072	0,120
Años evolución	0,375	0,000	0,001	0,000	0,997
Edad 1ª consulta	0,110	0,009	0,288	0,083	0,093

A diferencia de lo que ocurría cuando se estudiaba la gravedad, tampoco se ha podido establecer relación entre la disminución en el desempeño de roles sociales y el tipo de curso clínico que haya seguido el trastorno (Anova: $f=1,286$, $p=0,297$).

5.8.2. Relación entre la puntuación de ROLES y características de las formaciones obsesivas

Se ha relacionado los diferentes temas de las formaciones obsesivas presentadas por los pacientes con la puntuación obtenida en la escala de ROLES, sin encontrar en ningún caso una relación significativa entre ambos. Según estos resultados, no hemos hallado ningún tema en las obsesiones o compulsiones que se asocie con la discapacidad ligada al TOC, tal y como se puede apreciar en la tabla 23.

Tabla 23. Relación entre la puntuación de ROLES y presencia de diferentes temas de formaciones obsesivas

	T Student	P
Obsesiones de agresión	-0,232	0,82
Obsesiones de contaminación	-0,395	0,70
Obsesiones sexuales	-0,579	0,57
Obsesiones de acumulación	-0,592	0,56
Obsesiones religiosas	0,02	0,99
Obsesiones de simetría/orden	-0,368	0,72
Obsesiones de otros tipos	-0,305	0,76
Obsesiones/compulsiones ref. cuerpo	0,393	0,70
Compulsiones de lavado	-1,633	0,11
Compulsiones de contar	1,099	0,28
Compulsiones de comprobación	1,064	0,32
Compulsiones de orden	-0,739	0,47
Compulsiones de acumulación	0,684	0,50
Compulsiones de otros tipos	0,292	0,77

Cuando relacionamos la puntuación de ROLES con las características de las obsesiones, se puede observar que existe una tendencia a presentar una puntuación media más elevada, es decir, mayor deterioro en el desempeño de los roles sociales cuanto mayor es la gravedad de las dimensiones de las obsesiones, si bien esta relación sólo se demuestra significativa para la interferencia ($p < 0,04$) (tabla 24). Una excepción a esta tendencia comentada es la referente al malestar producido por las ideas obsesivas.

Tabla 24. Relación entre la puntuación de ROLES y las características de las obsesiones.

PUNTUACION MEDIA EN ROLES					
	Ninguno/leve	Moderado	Grave/Extremo	F de Snedecor	p
Tiempo dedicado	0,18	0,39	0,40	0,54	0,6
Interferencia	0,28	0,32	0,61	3,50	0,04
Malestar	0,83	0,25	0,45	2,50	0,09
Resistencia	0,29 ^a	0,35 ^b	0,48 ^c	1,02	0,37
Control	0,26 ^d	0,33 ^e	0,40 ^f	0,34	0,71

Resistencia: (a) resiste siempre/casi siempre, (b) a veces, (c) cede con rechazo/cede de buen grado.
Control: (d) completo/casi siempre, (e) a veces, (f) casi nunca/ningún control.

La asociación se hace más patente al relacionar la puntuación de ROLES con las características de las compulsiones. Así, la puntuación media es más elevada cuando éstas características son más graves y, fundamentalmente, a las dimensiones que atañen al malestar producido ($p < 0,002$), la disminución del control sobre ellas ($p < 0,004$) y la resistencia esgrimida ($p < 0,008$) (tabla 25). Una excepción a lo expuesto es el apartado del tiempo dedicado a las compulsiones.

Tabla 25. Relación entre la puntuación de ROLES y las características de las compulsiones

PUNTUACION MEDIA EN ROLES					
	Ninguno/leve	Moderado	Grave/Extremo	F de Snedecor	p
Tiempo	0,20	0,41	0,37	1,89	0,17
Interferencia	0,29	0,38	0,61	2,25	0,12
Malestar	0,27	0,31	0,83	7,53	0,002
Resistencia	0,11 ^a	0,24 ^b	0,51 ^c	5,63	0,008
Control	0,15 ^d	0,14 ^e	0,52 ^f	6,57	0,004

Resistencia: (a) resiste siempre/casi siempre, (b) a veces, (c) cede con rechazo/cede de buen grado.

Control: (d) completo/casi siempre, (e) a veces, (f) casi nunca/ningún control.

5.8.3. Relación entre la puntuación de ROLES y la comorbilidad

La discapacidad no puede explicarse a partir de los grupos de síntomas que acompañan al trastorno obsesivo, salvo los referentes a fobias específicas (Ig6) y a la disminución subjetiva del funcionamiento (Ig9), encontrando un coeficiente de determinación de 0,12 y 0,14 y en ambos casos con una $p < 0,05$ (tabla 26).

De nuevo aparece este último IG ligado a la variable dependiente. Al igual que ocurría con la gravedad del TOC, también los síntomas referentes a la apatía, astenia, pérdida de intereses y sensación subjetiva de enlentecimiento, pérdida de memoria y concentración, guardan una relación significativa con la disminución en el desempeño de roles sociales. Las fobias, cuya relación con la gravedad también se ha señalado, guardan relación, en la población estudiada, con la discapacidad ligada al TOC. Éste IG agrupa a las fobias simples, las fobias situacionales, la misofobia y las fobias a ambientes médicos y enfermedades.

Tabla 26. Relación entre puntuación de ROLES y los grupos de síntomas (IGs)

	Coefficiente independiente	Coefficiente de Regresión	Coefficiente de Correlación (r)	Coefficiente de Determinación (r²)	p
IG 1	0,241	0,020	0,209	0,044	ns
IG 2	0,317	0,017	0,157	0,025	ns
IG3	0,385	0,001	0,014	0,000	ns
IG 4	0,345	0,033	0,201	0,040	ns
IG 5	0,330	0,035	0,214	0,046	ns
IG 6	0,254	0,056	0,364	0,133	0,05
IG 8	0,402	-0,154	0,207	0,043	ns
IG 9	0,242	0,030	0,381	0,145	0,05
IG 10	0,354	0,060	0,204	0,042	ns
IG 11	0,288	0,065	0,324	0,105	ns
IG 12	0,337	0,008	0,097	0,009	ns
IG 23	0,362	0,122	0,171	0,029	ns

ns: no significativo.

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

6.1.1. Características sociodemográficas

La mayoría de estudios realizados sobre la epidemiología del TOC, tanto en población general³⁶ como en poblaciones psiquiátricas⁴⁶, coinciden en considerar que la distribución por sexos del trastorno es similar¹³. En la presente muestra, a diferencia de los anteriores, destaca la alta proporción de mujeres (74,3%). La razón de esta discrepancia puede hallarse, tal vez, en la desproporción de la distribución por sexos que existe en nuestro medio cuando se demanda ayuda psiquiátrica. Sin embargo, en un estudio de seguimiento de pacientes con TOC realizado en Suecia¹⁶⁷ aparece una ratio similar: las mujeres diagnosticadas de dicho trastorno constituyen el 71,5% del total.

La media de edad, 33,3 años (DE=11,5), es similar a la que encontramos en otros trabajos sobre el trastorno obsesivo realizados en poblaciones psiquiátricas^{81, 107, 169, 170}.

Aunque habitualmente se considera que en la enfermedad obsesiva predominan los pacientes solteros^{31, 36, 46, 47}, los resultados de esta investigación aportan una proporción casi similar entre casados y solteros: 57,1% y 42,9% respectivamente. El predominio de mujeres puede influir en este resultado, dado que las mujeres que padecen la enfermedad se casan con más frecuencia que los hombres⁵¹.

El bajo nivel de escolarización –sólo el 57,6% de los sujetos tiene estudios primarios y la mitad de ellos incompletos- concuerda con el perfil de la población consultante: nivel socioeconómico bajo y medio bajo.

En cuanto a la ocupación, el 40% son amas de casa, fácil de entender dada la proporción de mujeres; activos laboralmente, el 54,2% de la muestra (incluyendo estudiantes, que están englobados en la categoría *otros* de la tabla 3) y un 5,7% está en paro.

6.1.2. Datos relacionados con la historia natural de la enfermedad

La edad de inicio, con una media de 24,5 años (DE=10,0), coincide con la estimada en la mayoría de los estudios^{36, 61}. Se considera que hay un subgrupo de inicio

en la infancia en el que predominan los varones^{13,45}. No hay ningún caso en la muestra estudiada. Al contrario, llama la atención la existencia de tres casos en los que el trastorno se inició después de los 45 años, correspondiendo al 8,6% de la muestra, porcentaje que rebasa el 4% citado por Pollit⁶⁴ como el de inicio después de esa edad. El inicio tardío suele ser más frecuente en mujeres⁴⁵ y también se ha relacionado con un subgrupo en el que sólo aparecen obsesiones⁴⁷. En el presente estudio se trata de un varón y dos mujeres. Ellas tienen un TOC mixto de intensidad severa, en el que predominan obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado y limpieza, mientras que el varón padece un TOC de intensidad leve en el que destacan las obsesiones (agresión y contaminación) y compulsiones mentales.

Se considera que cuanto mayor sea el tiempo transcurrido entre el inicio y la primera consulta, peor pronóstico tiene la enfermedad obsesiva³². El período comunicado habitualmente es de 7 u 8 años^{13,29,32}. En nuestro caso, la media se encuentra en 3,9 años (DE=5,5). Algunos autores señalan la tendencia hacia un acortamiento de ese período, atribuyéndolo a la influencia de la información que la población tiene sobre el TOC, lo que facilita su identificación y solicitud de ayuda^{1,32,46}. La facilidad que proporciona un sistema público de salud para acceder a la atención psiquiátrica, podría ser otro factor a considerar en el presente trabajo.

El TOC está considerado un trastorno crónico, de larga evolución. La población estudiada tiene una media de años de evolución de 8,8 (DE=10,4) y el 37,1% de los casos conviven con su enfermedad desde hace más de 10 años.

El curso de la enfermedad varía. Encontramos, en la mayoría de los casos (62,9%), el descrito con más frecuencia: inicio insidioso y larga evolución, sin remisiones y adaptación casi total^{1,29,33,69,72}, denominado tipo 3. El tipo 2 corresponde a las formas intermitentes en las que se intercalan períodos asintomáticos, equivale al 22,8% de la muestra. Sólo hallamos dos casos, 5,7%, de evolución *maligna*, tendente a la invalidez progresiva (tipo 4), porcentaje inferior al 10 ó 15% señalado en otros trabajos^{33,70, 72}. Por último, en tres casos (8,6%) no pudo valorarse el tipo de curso dado que el trastorno tenía menos de un año de evolución (tipo 1).

En un trabajo reciente, Nestad y cols.¹⁶⁸ demuestran que, en los familiares de primer grado de los pacientes con TOC, la prevalencia a lo largo de la vida de este trastorno es casi cinco veces superior a la estimada en familiares de controles. La carga

de antecedentes familiares de enfermedad mental es muy alta en esta muestra: el 25,7% de los familiares de primer grado, especialmente padres, tiene también un diagnóstico de TOC, cifra que coincide con el trabajo de Lenane y cols¹²¹. Si añadimos que casi la mitad, el 45,7%, de los familiares de primer grado padecen, o han padecido, otro trastorno psiquiátrico, la morbilidad psiquiátrica en los familiares directos supera el 70%.

6.1.3. Diagnóstico y subtipos de TOC

Todos los casos incluidos en la muestra fueron diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo siguiendo los criterios CIE-10²¹ y DSM-IV²⁰. El diagnóstico fue verificado por el sistema CATEGO de la entrevista SCAN¹⁴³, que realizó los diagnósticos siguiendo las dos clasificaciones internacionales. En el centro donde se realizó el estudio, dependiente del Servicio Andaluz de Salud, se utilizan los códigos CIE-10, que son los que se han expuesto en los resultados.

El 94,3% de los casos presenta un TOC mixto y sólo el 5,7% tiene un TOC de predominio obsesivo. Estas cifras son similares a las encontradas por Edna Foa y su grupo^{27,28}, muy críticos con la utilidad de las subcategorías de la OMS dado que, en el trabajo de campo del DSM-IV, también encontraron que el 91.0% de los pacientes estudiados presentaban este tipo de TOC. No se ha hallado ningún caso de TOC con predominio compulsivo, lo que habla a favor de la relación funcional entre las obsesiones y las compulsiones y lo inusual de que sólo aparezcan estas últimas, tesis desarrollada por Rachman y Hodgson¹²⁴ y defendida también por Foa^{27,28}.

Tampoco ha aparecido ningún caso del subtipo con *poca conciencia de enfermedad*, contemplado por el DSM-IV²⁰. Tal vez se relacione con la puntuación media de las formaciones obsesivas de la muestra, que se encuentra en el 22,3% (DE=6,8) en la escala de Y-BOCS, lo que representa una intensidad moderada. El bajo porcentaje de casos con una evolución maligna (5,7%) y la ausencia de síntomas psicóticos concurrentes, apoyan el que no haya aparecido este subgrupo de mayor gravedad.

6.1.4. Gravedad del TOC y características de las formaciones obsesivas

La escala Y-BOCS se ha convertido en los últimos años en el *patrón oro* para medir la severidad del TOC¹⁷⁴. Aunque los estudios consultados^{148,149,153,171} utilizan la subdivisión de leve (10-20), moderado (21-30) y severo (31-40), nos ha parecido más útil utilizar la propuesta por Foa¹⁷⁸ que fracciona los resultados en: subclínico (0-7), leve (8-15), moderado (16-23), severo (24-31) y extremo (32-40).

La muestra estudiada tiene una intensidad/gravedad media de 22,3 (DE=6,8), lo que la sitúa en una intensidad moderada. El 74,3% de los pacientes se encuentra entre los límites de la intensidad moderada y severa.

La media es similar a la de otros trabajos consultados, tanto el estudio de Goodman y cols^{148,149} para validar el instrumento, quienes hallaron una media de 25,1 en pacientes con TOC sin tratamiento, como en pacientes psiquiátricos ambulatorios^{81,106,170,171}, y en población general⁴¹, aunque menor que las medias halladas en pacientes hospitalizados^{141,172,175}.

Entre los objetivos del diseño de la escala Y-BOCS se encontraba el que pudiera valorar la intensidad del TOC al margen de los síntomas ansiosos y depresivos¹⁵⁰; sin embargo, según Tallis¹³, este objetivo no se cumple, dado que la escala no discrimina la gravedad del TOC de la gravedad de la depresión, o de la ansiedad, cuando existe una depresión secundaria importante. Creemos que en el presente trabajo, dada la baja intensidad de los síntomas depresivos, no se ha producido este sesgo.

Las puntuaciones de las escalas parciales de obsesión y de compulsión, media de 11,2 (DE=3,3) y de 10,7 (DE=6,9) respectivamente, también son similares a las comunicadas en otros trabajos^{148,176,177}.

En cuanto a las características de las formaciones obsesivas, la distribución de la intensidad de cada ítem es bastante parecida a la encontrada en otros estudios^{81,148}, aunque ligeramente inferior a la comunicada por Matsunaga y cols.¹⁰⁷.

El *tiempo* ocupado por las obsesiones es, en general, entre moderado y grave y, aunque el 17,1% se declara invadido por ellas, no hay ningún sujeto que admita una interferencia total. La *interferencia* queda repartida entre las otras puntuaciones siendo la considerada leve, la más numerosa. Son consideradas muy *molestas* por la mayoría

de los pacientes y, en mayor o menor grado se *resisten* a ellas, pero ninguno consigue *controlarlas* totalmente, el 45,7%, sólo lo logra de manera esporádica.

Las compulsiones siguen una distribución similar, aunque esta distribución puede verse influenciada porque hay dos pacientes, equivalentes al 5,7% de la muestra, que no las presentan. Ocupan un *tiempo* y generan una *interferencia* parecidos, pero el *malestar* provocado y la *resistencia* esgrimida son mayores y el *control* sobre ellas es menos eficaz.

Algunas de las características que mide la escala han recibido críticas. Salkovskis¹³⁶ discrepa de la forma de puntuar el ítem que mide el grado de *control* de las obsesiones: en la escala puntúa bajo cuando el paciente las controla, pero la terapia cognitivo-conductual aspira a que el paciente deje de intentar controlar sus ideas como mejor vía de conseguirlo. Salkovskis asume también la crítica de Freston quien, al evaluar la eficacia del tratamiento de la rumiación obsesiva, señala la necesidad de medir separadamente las compulsiones abiertas de las cerradas, contempladas de forma conjunta en la escala Y-BOCS.

La *resistencia* es quizás el ítem más controvertido. Para Tallis¹³ no todos los aumentos de ésta han de considerarse indicativos de mejoría, como hace la escala. Kim y cols¹⁵³, consideran que los apartados que evalúan la resistencia miden componentes distintos a los que se pretendía en el diseño inicial y proponen excluirlos para lograr mayor consistencia interna.

Como se ha explicado anteriormente, la escala de obsesiones y compulsiones de Yale–Brown incorpora unos ítems denominados *de investigación* cuya puntuación no se incluye en el resultado total. Los autores consideran controvertido sobre si miden o no aspectos nucleares del TOC y encuentran dificultades en su tratamiento estadístico^{147,148}. Estas variables son: introspección, evitación, indecisión, un exagerado sentimiento de responsabilidad, enlentecimiento general o inercia y duda patológica.

La *introspección* o *insigth* de la muestra tiene una puntuación media de 1,2 (DE=0,8), similar a la hallada en el trabajo de Perna y cols.¹⁷⁰ en el que, utilizando muestras de tamaño y procedencia similares y el mismo instrumento de medida, encuentran una media de 1,0 (DE=1,1) en pacientes con TOC y de 0,8 (DE=1,0) en pacientes con TOC y trastorno de pánico.

Sin embargo, es conocida la disociación entre la conciencia de enfermedad racional y la emocional: el paciente que *dice* considerar absurdos sus síntomas, pero *actúa* de total acuerdo con ellos, como señalan Insel y Akiskal²², por lo que estos autores – al igual que Kozak y Foa²⁶-, proponen medir el *insigth* como un continuo.

La escala Y-BOCS no contempla esta disociación, sino el grado de absurdidad, de menor a mayor. No aparece ningún caso con una certidumbre total, estando la mayoría entre aquellos que reconocen lo excesivo de sus pensamientos o conductas, pero sin una crítica absoluta, que sólo encontramos en el 20% de los casos.

Aunque el 31,4% no realiza ninguna *evitación* de conductas o rituales para impedir la irrupción de pensamientos obsesivos o conductas compulsivas, el resto sí la presenta, en todos sus grados. Sin embargo, el concepto de evitación contemplado en esta escala no coincide con el definido por autores como Salkovskis^{124,136} que puede ser no sólo evidente, sino también encubierta y tiene un papel relevante en los procesos cognitivos obsesivos.

La evitación como rasgo nuclear, también es valorada por investigadores más cercanos a los creadores de la escala: Woody, Steketee y Chambless¹⁵⁴ proponen incluirla en el cómputo total y eliminar los ítems relativos a resistencia, que han recibido críticas desde varios puntos de vista^{13,153}, como se ha señalado anteriormente.

La *indecisión* y la *duda patológica* son igualmente conceptos clásicos en el trastorno obsesivo. En la población estudiada su gravedad es similar, aunque algo más la duda. La mayoría de los sujetos -cerca de la mitad- las presenta en una intensidad moderada. Hay que destacar que -a pesar de la importancia que han recibido a lo largo de la historia del TOC^{2,3} y, en la actualidad, desde los modelos cognitivos¹²⁴ - la indecisión, tal y como se enuncia en la escala, se refiere únicamente a dificultad para tomar decisiones simples en la vida cotidiana (qué ropa ponerse, por ejemplo) eludiendo su relación con la duda, entre otros aspectos.

Además, las preguntas sobre la duda patológica no reflejan, desde nuestro punto de vista, su gran complejidad. Acentúan los aspectos asociados a la inseguridad en la percepción y en la memoria, poniendo el énfasis en un déficit cognitivo tal vez excesivamente simplificado.

Tampoco relaciona la indecisión y la duda con otro concepto considerado fundamental en uno de los modelos explicativos más aceptados, el propuesto por

Salkovskis^{124,136}, para quien la mayor parte de los fenómenos obsesivos giran en torno a la *responsabilidad personal*, es decir, el sujeto asume la culpa de que los acontecimientos sean desfavorables o perjudiciales, para otros o para sí mismo. Este aspecto está íntimamente relacionado con el sistema de creencias del sujeto, no contemplado en la escala. El hecho de que no incluya estas cuestiones, responsabilidad personal y sistema de creencias del sujeto, es el aspecto más criticado por Salkovskis¹³⁶.

El último ítem de investigación lo constituye el *enlentecimiento generalizado* o inercia que, tal y como está enunciado, se refiere a las dificultades percibidas por el sujeto para iniciar, realizar y finalizar las actividades cotidianas, dado que ha de llevarlas a cabo con *muchísimo cuidado*. De esta definición parece deducirse que se centra en el perfeccionismo, más que en aspectos motores o de voluntad. El perfeccionismo también derivaría del alto sentimiento de responsabilidad personal y del sistema de creencias. En la muestra estudiada es la variable de este grupo de menor gravedad: más del 50% declara no tener dificultades de este tipo, aun cuando también más del 50% cree tener un sentimiento de responsabilidad exagerado en grado moderado, lo que va en contra de la premisa anterior.

6.1.5. Temas de las formaciones obsesivas

Uno de los problemas que aparecen a la hora de estudiar los contenidos de las obsesiones y de las compulsiones en la literatura radica en las diferentes clases utilizadas, que a su vez provienen de los distintos criterios o instrumentos de medida empleados. Por ejemplo, el interesante estudio de seguimiento a lo largo de 40 años realizado por Skoog y Skoog¹⁶⁷, incorpora unas subclases de temas –temor a ceder a impulsos violentos e indeseados, obsesiones de suicidio y homicidio, aicmofobia con características obsesivas- que, en la escala más utilizada en la actualidad (Y-BOCS) están agrupados en la clase *obsesiones de agresión*. Pero esto no ocurre sólo con los trabajos de los años 50. Desde la década de los 90 se ha impuesto la citada escala en la que, como se ha comentado en el apartado anterior, el concepto de duda patológica es un ítem de investigación, al margen de las puntuaciones de la escala y, en la escala de las obsesiones, no se pregunta de forma clara al paciente si tiene dudas frente a un

temor, realización de un impulso o conducta concretos; es decir, la exploración de las dudas obsesivas queda implícita al indagar sobre los síntomas diana.

Al margen de esa crítica, la lista de verificación de síntomas Y-BOCS contempla un listado muy extenso en cuanto a temas, como es frecuentemente señalado^{33,148}.

En el presente trabajo, las obsesiones más frecuentes son las de agresión que, además, aparecen en una proporción inusual (74,3%) si la comparamos con muestras de pacientes ambulatorios, se utilice o no el mismo instrumento de medida. En el artículo ampliamente citado de Rasmussen y Eisen³³, las obsesiones que ocupan el primer lugar son las de contaminación, 45%, y las agresivas suponen el 28%. Trabajos posteriores que utilizan la escala Y-BOCS, aportan unas cifras similares a dicho estudio: las obsesiones más frecuentes son también las de contaminación^{28,107,170}, salvo en los trabajos de Okasha y cols.^{81,171} realizados en Egipto en los que las obsesiones religiosas tienen la primacía. En los estudios citados las obsesiones de agresión aparecen dentro de unos márgenes del 13¹⁷¹ al 38,7%¹⁰⁷. Sólo aparecen unas cifras similares en el estudio de seguimiento de Skoog y Skoog¹⁶⁷ si agrupamos los apartados antes citados –obsesiones de agresión, impulsividad y aicmofobia- alcanzando entonces un porcentaje del 76%; así como en el estudio de Kolada y cols.⁷⁰ en población general, quienes encuentran que las ideas obsesivas más frecuentes eran los pensamientos recurrentes de hacer daño a alguien.

Si, por lo amplio de su agrupación, dejamos de lado las obsesiones de otros tipos, vemos que el siguiente grupo en orden de frecuencia lo constituyen las obsesiones de contaminación que aparecen también en una proporción anormalmente alta (68,6%) al compararla con otras muestras, en las que oscila entre el 10¹⁷¹ y el 60%⁸¹, aunque lo habitual es encontrar unas cifras en torno al 45%^{33,107,170}.

Hay tres grupos: en una proporción superior al 50% tenemos las obsesiones de agresión, las de otros tipos y las de contaminación; del 20 al 35% las obsesiones de simetría y orden, las sexuales y las de acumulación y, finalmente, en pequeña proporción las religiosas y las referidas al cuerpo.

En conjunto, el grupo más frecuente es similar al hallado por Foa y cols.²⁸ y Matsunaga y cols.¹⁰⁷.

Las compulsiones que aparecen en mayor proporción son las de comprobación (74,3%), que son las más habituales en todos los estudios consultados, tanto en la población general^{41,70}, como en poblaciones psiquiátricas^{28,33,107,167,170,171}.

Si también las agrupamos por frecuencias, encontramos tres grupos: por encima del 50% están las compulsiones de comprobación, las de lavado y de otros tipos; después, en torno al 30%, las compulsiones de contar y de ordenar y, por último, en una proporción inferior al 15%, rituales de repetición y compulsiones de acumulación.

En este apartado llama la atención la proporción tan baja de rituales de repetición (14,3%), cuando en los estudios antes citados oscilan entre el 20 y el 67%^{81,107,167,170,171}. La cifra más alta corresponde a Egipto.

6.1.6. Comorbilidad con otros trastornos

Tradicionalmente se ha reconocido que el TOC coexiste frecuentemente con otros trastornos, en especial con los trastornos depresivos y de ansiedad. También es clásica la asociación, actualmente controvertida, con el trastorno obsesivo o anancástico de la personalidad. A partir del trabajo de la ECA³⁶, se amplió la gama de trastornos comórbidos, incorporando esquizofrenia, abuso de alcohol, trastornos del control de impulsos, de alimentación y síndrome de Gilles de la Tourette.

No se ha podido analizar la comorbilidad con los trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias psicotrópicas porque formaban parte de los criterios de exclusión de la muestra. Tampoco se han analizado los trastornos de personalidad concurrentes dado que no entraban en los objetivos del estudio.

Para estudiar la comorbilidad se han utilizado los diagnósticos obtenidos a través del sistema SCAN¹⁴³ y, en concreto, la entrevista del estado mental (PSE-10). Los criterios diagnósticos aplicados son los de la CIE-10²¹.

Casi la mitad de los pacientes de la muestra (45,7%) presenta otros trastornos además del obsesivo: nueve, un diagnóstico más; seis, dos y, en un único caso, tres más. Sólo se han encontrado tres categorías de trastornos comórbidos: depresivos, de ansiedad e insomnio no orgánico. No se ha hallado ningún trastorno psicótico, de control de impulsos, de conducta alimentaria, disociativo, somatomorfo o hipocondríaco, ningún trastorno de los que se considera dentro del denominado *espectro obsesivo compulsivo*⁹⁶.

Los trastornos depresivos aparecen en el 28,6% de los casos y de éstos, la mitad son trastornos depresivos recurrentes actualmente en remisión. El resto presenta episodios depresivos de intensidad leve y moderada y en ninguno aparecen *síntomas somáticos*, que agrupa a algunos síntomas pertenecientes al *síndrome endógeno* de la depresión.

Las cifras halladas son similares a las aportadas por los autores consultados^{33,48,72,76}.

Con la metodología utilizada no podemos distinguir si los síntomas depresivos son primarios o secundarios a los obsesivos, aunque la levedad de los síntomas y la ausencia de los más cercanos a la melancolía, orientan hacia la segunda posibilidad.

Hay que destacar que en ningún caso se han detectado episodios maníacos ni hipomaníacos durante el período explorado. Esta *incompatibilidad* coincide con lo señalado en otros trabajos^{75,78}.

Sí aparecen con mayor frecuencia, y en el siguiente apartado se analizarán, síntomas depresivos, aunque no lleguen a configurar un trastorno.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se hallan en una proporción algo más alta: aparecen en el 34,3% de los pacientes. Sólo aparecen dos tipos: fobias específicas o simples en más de la mitad de los casos anteriores (58,3%), y trastorno de pánico en grado severo (33,4%) y moderado (8,3%). Pero si buscamos la proporción respecto al total de la muestra vemos que el trastorno fóbico aparece en el 20%, cifra similar a la aportada en otros estudios^{62,82}, y el trastorno de pánico en el 14,3%, también parecida a las referencias consultadas^{62,82,83,84,85}, pero muy superiores a las encontradas por Rasmussen y Tsuang⁷² y Vallejo⁷⁵.

No ha aparecido, durante la exploración, ningún caso de fobia social y agorafobia, cuadros frecuentemente asociados al TOC^{62,85,86}.

Por último, en dos casos (5,7%) se añade al diagnóstico del trastorno obsesivo el de insomnio no orgánico.

6.1.7. Comorbilidad con otros síntomas

Para estudiar la psicopatología, no sólo obsesiva, que acompaña al TOC, se ha utilizado la Lista de Comprobación de Grupos de Ítems (IGC), agrupaciones de síntomas del PSE que se obtienen automáticamente a partir del sistema informático

CATEGO. Para que un ítem (síntoma) sea incluido en un grupo, no basta con que esté presente –es decir, que el paciente lo padezca-, además debe tener un grado de intensidad determinado, generalmente moderado o grave, para que sea incorporado –y puntúe- en el cómputo final. La actual versión del sistema SCAN proporciona 40 grupos que abarcan las subsecciones de la CIE-10: F2 (psicosis), F3 (trastornos afectivos) y F40-42 (neurosis). No están contempladas las subsecciones F0 (trastornos cognitivos), F1 (trastornos por uso de sustancias), F43-45 (trastornos por estrés, disociativos y somatomorfos) y F5 (trastornos de la conducta alimentaria, sueño y disfunciones sexuales). Hay que señalar que, si bien estos síntomas no van a poder ser analizados con este método estadístico, tampoco ha aparecido ningún diagnóstico específico de ellos como trastorno. Por otra parte, el consumo de sustancias y alcohol, y la edad superior a 65 años son criterios de exclusión en la población objeto de estudio, con lo que son sólo las secciones F43-45 y F5 las que pueden quedar minusvaloradas en este trabajo.

En la muestra estudiada sólo aparecen 13 de los 40 grupos de ítems, cuyo listado se describe en la tabla 27.

Al exponer los resultados en el capítulo correspondiente, llama la atención las bajas puntuaciones medias de los grupos si las comparamos con las que podían alcanzar según los intervalos de la escala.

Los síntomas comórbidos - al margen del IG7: obsesiones y compulsiones- podemos agruparlos según la frecuencia con que aparecen en varios apartados:

1. En primer lugar, aparecen en más del 75% de los casos: *Tensión nerviosa* (IG1), *ansiedad autonómica y pánico* (IG3) y *tensión muscular* (IG2).

Estos grupos engloban los síntomas de ansiedad con signos autonómicos, en forma de crisis o generalizada, preocupaciones excesivas, irritabilidad, presentimientos ansiosos, insomnio de conciliación, pesadillas, inseguridad, tensión y dolores musculares, localizados o generalizados, inquietud motora y fatigabilidad.

Son los síntomas que reflejan ansiedad psíquica, autonómica, muscular, generalizada o en forma de crisis, pero sin la elaboración, sin la estructuración que aparecerá en otros trastornos de ansiedad.

Estos síntomas se han descrito en todos los subgrupos de obsesivos, como componentes de su estado emocional: ansiedad- depresión- hostilidad^{79,100}.

Tabla 27. Grupos de síntomas (IGs) que aparecen en la muestra

IG	Nombre del grupo de síntomas
IG1	Tensión nerviosa
IG2	Tensión muscular
IG3	Ansiedad autonómica y puntuación del pánico
IG4	Agorafobia
IG5	Fobia social
IG6	Fobias específicas (simples)
IG7	Obsesiones y compulsiones
IG8	Despersonalización y desrealización
IG9	Disminución subjetiva del funcionamiento
IG10	Disminución del funcionamiento corporal
IG11	Características especiales del estado de ánimo depresivo
IG12	Estado de ánimo depresivo
IG23	Psicosis inespecíficas

2. En segundo lugar encontramos el grupo denominado *disminución subjetiva del funcionamiento* (IG9), seguido del *estado de ánimo depresivo* (IG12), las *fobias simples, específicas* (IG6) y las *características especiales del ánimo depresivo* (IG11). Estos síntomas aparecen entre el 50 y el 75% de los pacientes.

Bajo el título de *disminución subjetiva del funcionamiento* se engloba la apatía, astenia, sensación subjetiva de enlentecimiento, y dificultades, también subjetivas, de memoria o de pensamiento ineficaz. Vallejo es de los pocos autores actuales que señalan la presencia y la importancia de estos síntomas en el TOC, relacionándolos con las características de la personalidad y con el estilo cognitivo de los obsesivos^{100,185}. Sobre el interés de estos síntomas volveremos al analizar su relación con otras variables.

Los *síntomas depresivos* se agrupan en dos apartados. En IG12 hallamos los síntomas clásicos de la depresión: tristeza, desesperanza, tendencia al llanto e ideación o tentativas suicidas. En IG11 se encuentran, con menos frecuencia que en el apartado anterior, síntomas que orientan hacia la melancolía o depresión endógena: anhedonia,

culpa, depresión psicótica, etc. En resumen, aunque los síntomas depresivos son frecuentes, coincidiendo con los estudios consultados^{33,48,72,76}, éstos muestran una intensidad leve. Los síntomas depresivos *endógenos* son más leves y menos frecuentes, en la línea de lo comentado anteriormente sobre las diferencias entre los síntomas obsesivos y los melancólicos⁷⁵.

En el 60% de los casos aparecen *fobias simples o específicas*: fobias a objetos externos, nosofobias, tormentas, ambientes médicos, alturas, etc. La intensidad con que aparecen es, de nuevo, leve.

Hay que destacar que la proporción síntomas fóbicos es muy superior al del diagnóstico de trastorno fóbico (20%). Lamentablemente, no hemos encontrado literatura sobre la comorbilidad con estos grupos de síntomas que nos permitiera hacer comparaciones.

3. Para finalizar, en el grupo de ítems que aparecen en menos de la mitad de los sujetos encontramos, por un lado, los que se refieren a los otros trastornos fóbicos: *fobia social y agorafobia*, seguidos de la *disminución del funcionamiento corporal* que, de forma muy sucinta, indaga problemas relacionados con la libido, el apetito y el sueño. La *despersonalización y desrealización* no ligadas a la ansiedad sólo aparecen en el 14,3% de los casos y, por último, en el apartado de *psicosis inespecíficas* sólo se encuadran dos casos con celotipia no psicótica.

Tampoco se ha podido encontrar otros trabajos que aborden la comorbilidad con estas agrupaciones de síntomas, en concreto con síntomas de fobia social y agorafobia sin alcanzar la categoría de diagnóstico.

A pesar de la denominación de *psicóticos*, los síntomas captados por el IG23 son ideas de celos sin ningún rasgo psicótico, por lo que su catalogación nos parece errónea y desafortunada. El PSE no contempla la existencia, y la consiguiente detección de las ideas sobrevaloradas, término posiblemente más adecuado al concepto de celotipia sin certeza. En estos casos, las ideas de celos no parecen tener relación con los síntomas obsesivos: ni tienen las características de las obsesiones, ni comparten el tema.

Los síntomas de despersonalización y desrealización pueden provenir, según Vallejo, de la propia personalidad obsesiva, dentro del concepto de psicastenia de Janet. Para este autor, las alteraciones de los hábitos alimentarios, libido y sueño no

son infrecuentes en los trastornos obsesivos¹⁰⁰. Estos aspectos se analizarán más adelante.

En resumen: aparecen los síntomas que clásicamente se han relacionado con el trastorno obsesivo: síntomas de ansiedad, depresivos y fóbicos; no existen síntomas psicóticos y los síntomas disociativos, somatomorfos y de conducta alimentaria no se han podido valorar con este sistema, aunque tampoco surgen como trastornos comórbidos. Entre los grupos de síntomas más frecuentes se encuentra un subgrupo (IG9) que gira en torno a la apatía, la sensación de falta de energía, enlentecimiento y deficiente funcionamiento cognitivo. Son síntomas inespecíficos, ausentes de los criterios diagnósticos del TOC y, en parte, recuerdan a las descripciones que hacía Janet de la psicastenia.

6.1.8. Discapacidad ligada al TOC

Actualmente, el enfoque de las consecuencias de una enfermedad, trastorno o lesión ha pasado del ámbito estrictamente individual -las repercusiones en el propio sujeto al perder lo que antes tenía- a un enfoque mucho más amplio, que contempla las consecuencias no sólo desde el punto de vista médico e individual, sino familiar, académico, laboral, de relación e impacto en el entorno del sujeto en el sentido más amplio. E incorpora, además, no sólo los aspectos objetivos, observables, sino también el grado de satisfacción, o la vivencia de pérdida, del sujeto.

Para estudiar este conjunto de repercusiones, se recurre al concepto de *calidad de vida*.

El concepto calidad de vida en medicina y psiquiatría pretende armonizar el bienestar y la satisfacción del sujeto con la relación que establece con su entorno, es decir, el estado funcional con las condiciones vitales ambientales¹⁷⁹. Wiersma¹⁶⁶ lo define como la “percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que vive y en función de sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Existen varios modelos teóricos explicativos para abordar este campo¹⁸⁰. Dentro de ellos el modelo del desempeño del rol es considerado clave para evaluar la calidad de vida¹⁶⁶.

El concepto de *discapacidad* ha desplazado, en este marco teórico al clásico de *deterioro*. Tanto la definición de *discapacidad* de la OMS -restricción o ausencia de capacidad para realizar una actividad, lo que representa la objetivación de una deficiencia y refleja las alteraciones en la persona-, como la Nagi -incapacidad o limitación para desempeñar los papeles sociales definidos y las tareas esperadas en un entorno sociocultural y físico, como la familia, el trabajo, la educación, el ocio y el autocuidado-, (ambas citadas por Wiersma¹⁶⁶) contemplan en sus enunciados el modelo del desempeño de rol.

Una *discapacidad social o discapacidad de rol* consiste en “una deficiencia en la capacidad de realizar actividades y manifestar una conducta, como se espera en el contexto de un rol social bien definido”. Para Wiersma¹⁶⁶, la conducta de cada sujeto debe evaluarse siempre en relación con las expectativas que las otras personas tienen sobre cómo debería actuar aquél y contemplar, sobre todo, la capacidad del sujeto para la actuación interpersonal.

En el presente trabajo, estudiamos la discapacidad ligada al TOC a través de la subescala del desempeño de los roles sociales, que forma parte de la escala de desempeño psicosocial (SBAS)¹⁶⁰.

En términos globales, la disminución en el desempeño de roles tiene una media de 0,38 (DE=0,34), con unos límites de la muestra de 0-1,5 y un intervalo de la escala de 0-2.

Si analizamos por tramos, el 17,1% los sujetos no presenta ninguna disminución en el desempeño de las actividades que se esperan de ellos: el trastorno no parece afectar, en el período estudiado, su vida familiar, ocupacional y social. La mayoría de la muestra (48,6%), presenta una afectación leve, igual o inferior al 25% de la puntuación total. En el siguiente tramo, con una afectación moderada, superior al 25%, pero menor del 50%, se encuentra el 31,4% de los casos. Sólo el sujeto restante, equivalente al 2,9% de la muestra, tiene una disminución en el desempeño del 75%, en el punto que podríamos considerar límite entre grave (del 50 al 75%) y extremo (superior al 75%). En resumen, el TOC ha provocado algún tipo de discapacidad en más del 80% de los sujetos estudiados.

En cuanto a los tipos de roles, los más afectados son la participación en actividades de ocio y uso del tiempo libre y el interés por los acontecimientos socioculturales, seguidos por las relaciones interpersonales.

Los menos afectados son el cuidado de los hijos, las relaciones de amistad y muestras de afectividad.

Entre ambos bloques encontramos el resto de los roles: conversación diaria, toma de decisiones en la casa, relaciones de pareja, tendencia a dar apoyo a los demás, manejo de recursos comunitarios, trabajo o estudio, administración de la casa y tareas domésticas.

Se podría deducir que la repercusión del trastorno obsesivo en el paciente se manifiesta más en aquellas áreas que tienen menos relación con el sentimiento de responsabilidad personal. Las áreas más afectadas son las actividades sociales, pero se mantienen menos afectadas las familiares y las referentes al trabajo y al estudio. Serían las actividades más *superfluas* desde el punto de vista del *deber*, aquellas en las que el sujeto deja de actuar, de desempeñar un papel. Si esta no-actuación es una renuncia voluntaria o se produce por una acción directa de la enfermedad obsesiva (por ejemplo, como forma de evitación por el sujeto de determinadas situaciones), no queda reflejado en el instrumento utilizado, dado que la escala SBAS se administra a un familiar o allegado y no evalúa el sufrimiento subjetivo provocado por las formaciones obsesivas, tan difícil de medir en estos pacientes, como señala Schneier¹⁶⁴.

Desde otra perspectiva, Calvocoressi y cols.^{164,165} estudiando el impacto del TOC en la vida de los familiares y los cambios que éstos habían tenido que realizar en sus vidas para acomodarse a las demandas de los pacientes, encuentran que el 88% habían tenido que realizar cambios en sus actividades diarias. El área que más se había modificado era la referente a las actividades de ocio (53%), seguida de la rutina familiar (35%) y de la modificación del horario laboral (22%).

El trabajo de Calvocoressi¹⁶⁵ presenta algunas similitudes en las características de la muestra estudiada con la que estamos presentando (número de pacientes, media de edad), pero no se comunican otros datos clínicos o de evolución de la enfermedad, y tampoco hemos utilizado el mismo instrumento para recoger la información, por lo que hay que actuar con cautela a la hora de establecer comparaciones. Si a pesar de esa consideración los comparamos, podría deducirse que las actividades en las que los

familiares de los pacientes obsesivos sufren una mayor modificación (actividades relacionadas con el ocio y el tiempo libre) son las mismas en las que el paciente tiene una mayor afectación en el desempeño de su rol social.

La repercusión de estos hallazgos en el pronóstico de la enfermedad parece relevante dado que el aislamiento social es una de las vías reconocidas que llevan al deterioro en el TOC¹⁶⁴. De hecho, ya en 1953, Müller²⁹, en su clasificación del curso evolutivo de los pacientes con TOC, utilizaba como criterios fundamentales la gravedad de los síntomas y la adaptación social.

6.2. ¿QUÉ VARIABLES TIENEN UN MAYOR PESO EN LA GRAVEDAD DEL TOC?

6.2.1. Gravedad de las formaciones obsesivas y variables sociodemográficas y de evolución de la enfermedad

Tal y como se ha expuesto en el apartado Resultados, en la muestra estudiada no tienen relación con la gravedad del TOC (medida a través de la puntuación total en la escala Y-BOCS) la edad de los pacientes, el sexo, su estado civil, el nivel de estudios, la ocupación y los antecedentes familiares de TOC. Ninguno de estos factores contribuye a que el trastorno obsesivo tenga más gravedad, a pesar de que el sexo varón y los antecedentes familiares de enfermedad obsesiva se han relacionado con un peor pronóstico¹⁸.

Tampoco las variables que se refieren a la edad de inicio, años de evolución o tiempo transcurrido entre el inicio y la primera consulta, en contra de lo citado por otros autores^{18,32,69,73}, se han relacionado con la gravedad.

La única variable de evolución que presenta relación con la gravedad es el tipo de curso clínico. En este estudio se ha aplicado una clasificación del curso modificando la de Costa³⁰, estableciendo cuatro tipos, desde el 1 que se refiere a los casos de duración inferior a un año desde el inicio de los síntomas, hasta el tipo 4 que son los cuadros continuos, deteriorantes, que obtienen mayor puntuación en la escala Y-BOCS, pasando por los tipos 2 y 3 que se refieren respectivamente a las formas intermitentes con períodos asintomáticos y a los procesos que tienen un inicio

insidioso y un curso activo pero con una adaptación casi total. Se podría decir que en estas definiciones hay una progresión hacia la gravedad y coincide con la puntuación total de la escala Y-BOCS que es la variable que la mide.

Son muchos los autores que restan importancia a las características evolutivas del TOC, no sólo por no encontrar correlaciones significativas^{30,64,74}, sino por la variabilidad clínica que presenta a lo largo del tiempo¹³, incluso por la posibilidad de que el sujeto desarrolle una capacidad de adaptación a los síntomas que le permita disminuir el malestar y mejorar su adaptación⁴².

6.2.2. Comorbilidad y gravedad del TOC

Para analizar qué síntomas (IGs o grupos de ítems) intervienen –o tienen mayor peso– en la gravedad del TOC, se ha realizado primero una regresión lineal simple utilizando la puntuación total de Y-BOCS como variable dependiente. Así se han obtenido las variables que guardaban una relación estadísticamente significativa con la gravedad y que en orden decreciente son: disminución subjetiva del funcionamiento (IG9), tensión nerviosa (IG1), características especiales del estado de ánimo depresivo (IG11), tensión muscular (IG2), estado de ánimo depresivo (IG12), disminución del funcionamiento corporal (IG10) y fobias específicas (IG6).

Posteriormente se ha aplicado a estas variables el modelo de regresión lineal múltiple, que excluye del modelo los grupos de ítems que hacen referencia al estado de ánimo (IG11 e IG12) y a tensión muscular (IG2).

Este modelo estadístico da como resultado que las variables IG9, IG1, IG6 e IG10, en ese orden, son las que pueden explicar en mayor medida la gravedad del TOC.

¿A qué síntomas nos estamos refiriendo? Vamos a analizar cada grupo de síntomas por separado, empezando por el de mayor peso, partiendo de las definiciones que da el glosario del SCAN.

IG9: Disminución subjetiva del funcionamiento

Pérdida de concentración: quejas de no poder prestar una atención adecuada en intensidad a las tareas que la requieren, o bien no poderla mantener durante el tiempo que sería necesario. Ha de causar una interferencia moderada o severa en el funcionamiento del sujeto.

Dificultad para pensar con claridad: el sujeto cree que su pensamiento es menos eficaz de lo normal, lo que le dificulta un correcto manejo de la información y la consiguiente toma de decisiones. Es el equivalente interno de la pérdida de concentración. Sólo se puntúa la queja subjetiva.

Pérdida de intereses: los intereses del sujeto se han reducido recientemente, contempla tanto que algunos hayan desaparecido como que hayan disminuido en intensidad. Implica intereses vocacionales, domésticos, de actividades de ocio, socioculturales, de autocuidado, imagen, etc.

Retardo subjetivo: sensación subjetiva de enlentecimiento, sobre todo en el lenguaje y en el movimiento. Aunque pueda coexistir con una lentitud objetiva, este ítem explora la queja subjetiva.

Pérdida de energía: el glosario del SCAN la define literalmente como: “La pérdida de energía se expresa en términos como sentirse débil, flácido, o haber perdido el propio vigor. Iniciar una tarea, tanto física como mental, parece difícil, incluso imposible. Cualquier cosa se convierte en un problema demasiado grande”.

Pérdida de habilidad para afrontar las situaciones: El sujeto tiene la sensación de que las tareas diarias sobrepasan, ya sea a consecuencia de la astenia o de la apatía. Conlleva una “tendencia a inhibirse mentalmente ante la posibilidad de tener que realizar alguna actividad u ocupación”. Cualquier tarea le supone un esfuerzo, físico o mental, desproporcionado y difícil de superar para llevarla a cabo.

Los dos primeros apartados, *pérdida de concentración* y *dificultad para pensar con claridad*, hacen referencia a problemas en el procesamiento de información y en la atención. Tanto uno como otro se relacionan con la toma de decisiones y con la capacidad de almacenar información, es decir, con la memoria y con la duda. Janet, Freud y, en la actualidad, Rachman, sitúan en el origen de la duda obsesiva, al menos parcialmente, un funcionamiento deficiente de la memoria o una inseguridad en su funcionamiento¹³.

El resto de ítems puede agruparse bajo el denominado *déficit de acción humana* descrito por Sánchez y cols. en su trabajo *Psicopatología de la apatía*¹⁸⁰. En la

excelente revisión histórica que realizan los autores, repasan la evolución de los conceptos y los términos que la psiquiatría ha utilizado en los últimos doscientos años para referirse a la *conducta de la ausencia de conducta*. En su trabajo, bajo el término genérico de apatía van a denominar la inactividad o la pasividad. Este término, que en un principio sirvió para denominar la ausencia de emociones y caminó de forma paralela –pero autónoma– al de *abulia*, o déficit de voluntad, ha acabado sustituyendo a éste y difuminando sus límites semánticos, al incorporar fenómenos emocionales, volitivos, cognoscitivos y motores que forman parte a su vez de las teorías que intentan explicar los síntomas.

A la falta de actividad, a la inacción, podría llegarse desde un trastorno emocional, como la falta de emociones (significado clásico del término apatía) y la anhedonia, o incapacidad para disfrutar; desde un trastorno cognoscitivo, por ejemplo, un sentimiento de fatiga aumentado; desde un trastorno de la voluntad como la abulia y desde un trastorno motor a través del enlentecimiento psicomotor y la acinesia.

Esta constelación de síntomas coincide con los agrupados en el IG9 del SCAN denominado *disminución subjetiva del funcionamiento* en cuyas definiciones hallamos una pérdida de intereses o *apatía*, una sensación de disminución de energía con anticipación al cansancio o *astenia*, la sensación subjetiva de *enlentecimiento* y la tendencia a inhibirse mentalmente de actividades u ocupaciones por considerar desmesurado el esfuerzo que supondría la acción, también denominado *abulia*^{181,182}.

Los primeros ítems: la pérdida de concentración y la sensación de pensamiento ineficiente podrían entenderse también como aspectos del mismo déficit de acción, como expresiones cognoscitivas de la astenia y la apatía.

La apatía no se ha relacionado, ni históricamente ni en las clasificaciones actuales, con la enfermedad obsesiva. Tradicionalmente, aparecía en relación con la esquizofrenia, la melancolía y las demencias. Tras la Segunda Guerra Mundial, cayó en desuso. El interés de la comunidad científica se focalizó en el paradigma cognoscitivo de la demencia, en los síntomas positivos de la esquizofrenia y en la tristeza como síntoma fundamental de la depresión. La apatía quedó relegada a un síntoma de uno de los síndromes frontales descritos por Luria. A partir de la década de los setenta del siglo XX, renació el interés por los síntomas defectuales de la esquizofrenia y reapareció la apatía, pero como término que incorpora conceptos

distintos, lo que complica su identificación e investigación¹⁸¹. Es paradójico que en su aceptación clásica -pérdida de emociones- no aparezca relacionada con el TOC, a pesar de que haya sido la hipótesis de que es un trastorno de etiología emocional la que haya prevalecido hasta la actualidad.

La abulia, sin embargo, fue considerada un fenómeno constante y necesario en la enfermedad obsesiva. Berrios y Fuentenebro¹⁸³, citando la revisión realizada por Ingenieros¹⁸⁴ en 1904, exponen cómo, incluso los psiquiatras más partidarios de la hipótesis emocional (Janet, Raymond, Dumas), reconocían que el déficit de la voluntad es determinante en el trastorno. Para Ingenieros, la abulia está siempre presente independientemente de la naturaleza o intensidad de las formaciones obsesivas, es anterior a su aparición y las perpetúa, mientras que las emociones sólo explicarían las crisis obsesivas^{183,184}.

La astenia aparece como síntoma fundamental de las categorías *neurastenia* y *psicastenia*, muy extendidas durante la segunda mitad del siglo XIX. La neurastenia agrupaba a los trastornos funcionales en los que la fatiga era el síntoma principal y, en la psicastenia, Janet describía cómo los pacientes afectados por ella manifestaban un gran cansancio ante pequeños esfuerzos físicos y mentales^{100,181}

Pero este cansancio ¿es causa o consecuencia del *trabajo* del obsesivo?. Vallejo¹⁸⁵ señala que su estilo cognitivo, caracterizado por la duda permanente, le conduce a continuas comprobaciones, a clasificar repetidamente y a reconsiderar la información que dispone antes de tomar una decisión, que pospondrá dada la inseguridad sobre su propio control de dicha información. Esta sensación subjetiva se refleja también en los resultados del SCAN pero, lamentablemente, no puede deducirse de los resultados si la sensación de fatiga física y de no pensar de forma eficaz, con la dificultad consiguiente en la toma de decisiones, son consecuencia de la interferencia de las formaciones obsesivas o un estado previo que las facilita. Esta cuestión es aún más difícil de resolver dado que, como señalan Sánchez y cols¹⁸¹: “La falta de un concepto adecuado para los sentimientos de fatiga nos está impidiendo en la actualidad desarrollar un instrumento de medida fiable para determinar su prevalencia e incidencia real”.

Algo parecido ocurre con la sensación subjetiva de enlentecimiento. Dado que en el grupo estudiado no hay ningún caso de lentitud obsesiva primaria, dicho

enlentecimiento que el sujeto describe en su lenguaje o en sus movimientos ¿cómo debemos considerarlo? Tradicionalmente, el enlentecimiento del pensamiento y de la acción se ha relacionado con la melancolía¹⁸¹, pero ya se ha explicado que, en esta muestra, los síntomas depresivos tienen poca intensidad y, en ningún caso, hay un trastorno depresivo con síntomas melancólicos comórbidos.

En resumen: los síntomas que podemos agrupar bajo el término del déficit de la acción humana o apatía, que incluye la falta de emociones, la anhedonia, la abulia, los sentimientos de fatiga y el enlentecimiento, parecen tener un peso importante en la gravedad del TOC. Vallejo¹⁰⁰ considera que son frecuentes y que proceden de la propia personalidad obsesiva, relacionándolos con el concepto de psicastenia de Janet. Así, del sentimiento de incompletud derivarían la inseguridad, la indecisión, las dificultades en la ejecución de tareas y en la capacidad de adaptación, la tendencia a la astenia y las vivencias de despersonalización y extrañeza; y la disminución o pérdida de la función de lo real provocaría la falta de concentración, la incapacidad de ordenar las acciones según una jerarquía de realidad, realizando conductas poco eficaces e imprecisas, el distanciamiento del entorno y la inadaptación social.

Sin embargo, estos síntomas han desaparecido de las actuales descripciones psicopatológicas del trastorno, lo que dificulta su reconocimiento y captación, así como la elaboración de técnicas psicoterapéuticas y tratamientos farmacológicos que los aborden.

El tratamiento psicoterapéutico considerado más eficaz para el TOC es la terapia cognitivo conductual^{1,4,136}. En sus distintas modalidades, se centra en los aspectos más cognoscitivos del trastorno (sistemas de creencias, responsabilidad personal, formas de modular la presentación de las ideas obsesivas, etc.) y en la modificación de las compulsiones, abiertas o cerradas, sin contemplar los síntomas relacionados con un déficit de actividad.

Los tratamientos farmacológicos del TOC están encaminados a corregir la disfunción serotoninérgica, por lo que los antidepresivos con acción serotoninérgica son los fármacos de elección¹²⁸. En los síntomas del déficit de la acción humana, en concreto en la apatía, están implicados sistemas neurales que intervienen en la motivación y en el control de las emociones: estructuras frontales y temporales, mesencefálicas y diencefálicas. Olivares, en un contexto diferente al TOC, apunta la

hipótesis de que la afectación bioquímica podría encontrarse en el sistema dopaminérgico, sistema implicado en otros cuadros que cursan con apatía¹⁸².

Al hacer gravitar los síntomas comórbidos en torno a la severidad de los síntomas obsesivos clásicos, las obsesiones y las compulsiones, han aparecido unidos a la intensidad de éstos, otros síntomas, otras conductas cuyos términos son vagos, cuyos conceptos tienen unos límites difusos y que no constan en las definiciones del TOC que aparecen en las clasificaciones actuales (CIE-10, DSM-IV). Sólo se han encontrado ligados al TOC en textos del siglo XIX y principios del XX.

Berrios¹⁸⁶ defiende la necesidad de actualizar el lenguaje psicopatológico que la comunidad científica utiliza. Es un lenguaje nacido de las necesidades de la psiquiatría del siglo XIX, a las que se adaptó, pero incapaz de responder a las exigencias de la investigación neurobiológica del presente. A este problema se le une otro: se opera con un número muy reducido de síntomas, unos 15 ó 20 que se han mantenido estables en el tiempo, cuando a lo largo de la historia se han descrito en torno a 70 u 80 síntomas psiquiátricos. Para Berrios no existe una base científica que permita afirmar que esos son los síntomas válidos y no los otros. Los sistemas de clasificación actuales utilizan un sistema de captura de información desfasado respecto a lo que queremos medir “estos sistemas han soslayado el papel fundamental que posee el reconocimiento de los síntomas, olvidando que la descripción de signos y síntomas de la enfermedad mental es más una actividad de construcción que de reconocimiento, e incluye, además de un componente preceptivo, uno teórico”. La consecuencia de lo que denomina el fenómeno del *cierre prematuro* es el empobrecimiento de las descripciones psicopatológicas, que dejan de ser útiles tanto para la clínica como para la investigación.

En la misma línea, Villagrán y Luque¹⁸⁷ critican la metodología de estas clasificaciones: los signos y los síntomas que constituyen los criterios de inclusión se obtienen a través de la información aportada por el paciente en la entrevista clínica, pero eluden campos psicopatológicos tan importantes como exploraciones neuropsicológicas y de la interacción social. Consideran que la calidad de los datos recogidos es escasa y hay una variabilidad excesiva entre casos incluidos en una misma categoría.

IG1: Tensión nerviosa

Satisfacción con el cuidado: hace referencia al grado de satisfacción del sujeto sobre la atención médica recibida durante el año anterior. Este ítem forma parte del despistaje de trastornos disociativo y somatomorfos. También puede ponerse en relación con síntomas ansiosos y depresivos.

Preocupaciones: Conjunto de pensamientos dolorosos y desagradables, que se imponen al sujeto sin que pueda controlarlos conscientemente y provocan una preocupación desproporcionada.

Tensión nerviosa: Inquietud y malestar interior que puede acompañarse de sensación de pérdida de control y tensión muscular en grado variable, es displacentera y desproporcionada al motivo que la provoca, aunque no siempre está claramente presente un contenido mental. Suele verbalizarse con expresiones como “estar a punto de estallar” o “estar tenso”.

Sensibilidad al ruido: el sujeto se queja de sufrir ante ruidos determinados una reacción desagradable, difícil de eludir una vez presente, pudiendo llegar a desplegar conductas de evitación ante el temor de oírlos.

Irritabilidad: reacción excesiva ante molestias pequeñas, desproporcionada y displacentera.

Presentimientos ansiosos: Temor a que algo horrible, no siempre algo concreto, va a suceder. Se acompaña de síntomas autonómicos.

Pérdida de la autoconfianza: Hace referencia a la inseguridad en las habilidades sociales, no en la capacidad intelectual o en habilidades mecánicas. Se acompaña del malestar anticipatorio del fracaso en aquello que depende de la capacidad en el funcionamiento social.

Tomar píldoras para dormir

Tardanza en conciliar el sueño

Pesadillas: Puntúa la angustia ocasionada por ellas, que suele estar en relación también con la frecuencia.

Bajo el término de *Tensión nerviosa* se han agrupado una serie de síntomas que pueden caracterizarse por un estado interior de disforia y angustia que se plasma en evitación o irritabilidad hacia los demás. Hay que señalar que uno de los roles sociales más disminuidos en la muestra estudiada es el que hace referencia a las relaciones interpersonales.

La importancia de la agresividad en la enfermedad y en la personalidad obsesiva fue señalada por Freud¹¹. Vallejo¹⁰⁰ explica cómo la hostilidad es un sentimiento frecuente en el obsesivo: “Por una parte, la inflexibilidad del mundo obsesivo hace que tope y se enfrente a un medio que considera imperfecto, impuro y, por tanto, digno de desprecio. Por otra parte, la escrupulosidad moral le impide canalizar, de manera constante y positiva, los impulsos hostiles que subyacen en todo ser humano. De esta forma va acumulando tensión, que, al no lograr encontrar vehículos sanos para su descongestión, aflora esporádicamente en forma de conductas agresivas extemporáneas, que pueden resultar paradójicas, ya que contrastan con el habitual control y comedimiento de estos pacientes”.

La irritabilidad se ha relacionado con la severidad global de las obsesiones y con el grado de interferencia en la vida diaria vivido por el paciente⁷⁹.

IG6 Fobias específicas (simples)

Miedo al mal tiempo: A tormentas, truenos, rayos.

Miedo al agua: A piscinas, lagos, mares.

Miedo a animales pequeños: insectos, pájaros, serpientes, ratas, pelajes, etc.

Miedo a los espacios cerrados: ascensores, túneles, puentes, cabinas, etc.

Miedo a las alturas: incluye el miedo a volar.

Miedo a los ambientes médicos: a situaciones asociadas con enfermedades, sangre, inyecciones, dentistas, muerte.

Miedo a contraer enfermedades: enfermedades venéreas, SIDA, etc.

Gravedad de las fobias específicas: contempla el grado de angustia e incapacidad que genera, así como el tiempo que ocupa la fobia simple más severa.

Las fobias y las obsesiones fueron consideradas una misma entidad psicopatológica hasta ser diferenciadas por Freud en 1909, quien señalaba que, a pesar de su distinción, la combinación entre ambas es frecuente¹⁸⁸. Para Sánchez-Planell¹⁸⁹, las fobias y las obsesiones pueden relacionarse como síntomas (temores que aparecen con características fóbicas pueden, con el tiempo, adquirir los criterios de las obsesiones) y como síndromes (cuadros clínicos con síntomas fóbicos y obsesivos, predominando unos u otros según la etapa del trastorno). Este autor insiste, sin

embargo, en la necesidad de individualizar el diagnóstico sobre la base de los síntomas nucleares, evitando diagnósticos mixtos.

Los temas de las fobias específicas descritas en este apartado siguen la clasificación de la OMS (CIE-10²¹) basada a su vez en la de Marks^{188,190}. Agrupan a las fobias a objetos externos, salvo la agorafobia y la fobia social. En la muestra estudiada, el 20% de los pacientes presentan el diagnóstico comórbido de fobia simple, y el 60% de los pacientes presentan síntomas de este tipo.

Las fobias simples son muy frecuentes en la infancia, a veces persisten en la vida adulta y no suelen acompañarse de ansiedad generalizada¹⁸⁸. Pueden evolucionar provocando grandes restricciones en la vida del paciente, a través de las conductas de evitación, lo que le invalidaría desde el punto de vista psicosocial¹⁸⁹.

IG10 Disminución del funcionamiento corporal

Disminución del apetito: la comida ha perdido el atractivo, incluso el sabor habitual. El hecho de comer supone un esfuerzo.

Pérdida de peso: La variación ponderal ha de ser secundaria a la disminución del apetito, no a un problema de conducta alimentaria que se contemplan en otra sección. Para que puntúe ha de haber perdido más del 5% del peso corporal durante el último mes.

Duerme mal, con depresión: Hace referencia a la asociación de trastornos del sueño que el paciente relaciona con un estado de ánimo deprimido.

Despertar temprano: el sujeto se despierta en el último tramo de la noche sin conseguir conciliar después el sueño.

Disminución de la libido: Pérdida del interés sexual no sólo de la actividad sexual, durante el período estudiado.

Llama la atención que este grupo de síntomas sea uno de los que guardan más relación con la gravedad del TOC en la muestra estudiada.

Esta constelación –pérdida de apetito y peso, trastornos de sueño con despertar precoz y pérdida del deseo sexual- podría relacionarse con un ánimo depresivo, pero los síntomas depresivos han quedado fuera del análisis realizado con el modelo de regresión lineal múltiple.

Se han descrito actitudes similares hacia la comida entre algunos obsesivos y pacientes con trastornos de alimentación¹⁰⁰. Pero no son los síntomas de anorexia nerviosa los que se evalúan en este ítem.

Respecto a la sexualidad, lo más característico en los pacientes obsesivos es la ausencia de implicación emocional en ella, independientemente de que aparezcan disfunciones sexuales o no¹⁰⁰. Sin embargo, esto equivaldría a una actitud y lo que estamos midiendo con el PSE es un síntoma presente en un período de tiempo concreto. En la amplia revisión efectuada por Steketee¹³⁹ sobre la discapacidad ligada al TOC, los pacientes que manifiestan estar insatisfechos en su vida sexual oscilan entre el 59 y el 73%, pero esta proporción no difiere de otras patologías mentales, es decir, no es específico del TOC, aunque sí parece haber mayor deterioro en la actividad sexual que en la población general.

Por último, el patrón de afectación del sueño es el típico de los cuadros depresivos. De hecho, ese es el patrón descrito también como más frecuente en obsesivos, aunque en relación con la depresión¹⁰⁰. Dado que, como se ha explicado, los síntomas depresivos, han quedado fuera del modelo, no parece razonable pensar que sea secundario a ellos.

6.2.3. Gravedad del TOC y discapacidad

En la introducción se ha llamado la atención sobre la importancia de determinar claramente el impacto del trastorno obsesivo en las actividades del sujeto puesto que dicho impacto es uno de los elementos que, junto a la gravedad del trastorno, determina si se considera un trastorno subclínico o formalmente constituido¹³⁹.

Una de las críticas que se han señalado a los sistemas de clasificación actuales radica en que capturan y plasman poca e insuficiente información¹⁸⁷. Si hay un consenso en reconocer la interferencia que tienen los síntomas obsesivos sobre las actividades y la vida de relación del paciente ¿queda recogido ese impacto en los sistemas DSM y CIE?

En las pautas para el diagnóstico de la CIE-10²¹, se dice que los síntomas obsesivos han de “ser una fuente importante de angustia o de *incapacidad* durante la mayoría de los días, al menos durante dos semanas sucesivas...”. La OMS contempla en su clasificación las *deficiencias*: “toda pérdida o anomalía de estructura o

función”, la *discapacidad (o incapacidad)*: “toda restricción o ausencia, debida a deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del rango que se considera normal para el ser humano” y, finalmente, *minusvalía*: “situaciones desventajosas para un individuo determinado, que limitan o impiden el desempeño de un papel que es normal en su caso, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales”. La clasificación de la OMS ha recibido algunas críticas por su ambigüedad, entre otras cosas, respecto al concepto de normalidad¹⁶⁶. El término utilizado por la CIE-10 es ambiguo y poco útil, algo paradójico al estar incluido en una condición diagnóstica. ¿En qué aspectos está incapacitado el sujeto, qué es lo que ha perdido, qué deja de hacer y dónde?

Dentro de los criterios diagnósticos del TOC de la clasificación DSM-IV²⁰, en el criterio C se dice: “Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o *interfieren* marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social”. Aquí no se habla de incapacidad, sino de interferencia, que supone un concepto más restringido: del hecho de que algo interfiera una acción no se desprende que impida su realización. Pero, aunque desglosa las áreas donde puede aparecer la interferencia: rutina diaria, ámbito académico-laboral y vida social, no llega más allá: respeta la capacidad del paciente para proporcionar la información adecuada al clínico y deja al criterio de éste establecer el alcance del adverbio *marcadamente*.

Se ha citado a autores que opinan que dicha interferencia (y, secundariamente, el deterioro) puede depender más de la capacidad de adaptación del sujeto, que de la gravedad de la enfermedad^{100,123,185}. La interferencia es uno de los ítems de la escala Y-BOCS y forma parte de la puntuación total de ésta, que es la variable independiente que estamos analizando. En este estudio interferencia y gravedad están directamente relacionadas, pero para medir la discapacidad estamos utilizando el modelo teórico del desempeño de los roles sociales, medido a través de la escala SBAS.

Cuando analizamos estas variables utilizando el modelo de regresión lineal simple vemos que los ítems que influyen, o tienen más peso, en la gravedad del TOC son las relaciones interpersonales, la conversación diaria, las actividades de ocio y tiempo libre, el manejo de recursos comunitarios, el interés por los acontecimientos

socioculturales, el cuidado de los hijos y las actividades de trabajo y estudio. Pero si aplicamos el modelo de regresión lineal múltiple a estas variables, son las dos primeras, las relaciones interpersonales y la conversación diaria las de mayor peso, las que explican mejor la gravedad. No sólo son las áreas que con más frecuencia están afectadas, como se ha analizado en el apartado 6.1.8, son también los roles sociales cuyo desempeño disminuye más cuando el trastorno se agrava, preservándose los roles que hacen referencia a las actividades laborales y académicas y las familiares. Que sea una causa o una consecuencia o qué papel juega el sentimiento de responsabilidad personal, no podemos deducirlo, aunque el aislamiento social es uno de los cauces a través del que se llega al deterioro en el TOC¹⁶⁴.

Los hallazgos de este estudio coinciden con los comunicados por Koran y cols¹⁹¹ quienes encuentran que el deterioro en el funcionamiento social tiene una relación lineal con la severidad del TOC.

6.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD LIGADA AL TOC

Para estudiar esta relación hemos utilizado como variable dependiente la puntuación obtenida en el desempeño de roles sociales de la escala SBAS.

6.3.1. ¿Existe alguna relación entre las variables sociodemográficas y de evolución de la enfermedad y el deterioro en el TOC?

No se ha encontrado ninguna relación entre la disminución en el desempeño de roles sociales y la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios o la ocupación. Tampoco con los antecedentes familiares de TOC, la edad de inicio del cuadro, el tiempo transcurrido entre el inicio y la primera consulta, o los años de evolución. Ni siquiera el tipo de curso clínico, que sí correlacionaba con la severidad del TOC, puede vincularse de forma estadísticamente significativa a la discapacidad hallada.

En uno de los análisis que se han seguido realizando sobre los datos del estudio de la ECA¹⁴⁰, se ha comunicado que entre los pacientes con TOC es mayor el número de mujeres que recibe prestaciones económicas por invalidez que de hombres¹⁴⁰.

Si consideramos que la situación de desempleo puede ser un indicador indirecto de disfunción social, como se plasma en algunos estudios¹³⁹, encontramos que en el nuestro hay una tasa del 5,7%, muy baja cuando la comunicada está en torno al 20%^{36,140,191}. Pero hay que tener en cuenta, por un lado, que los trabajos consultados son de otros países y por otro, el posible sesgo ocasionado por la gran proporción de mujeres y amas de casa.

6.3.2. Relación entre la discapacidad y las características de las formaciones obsesivas

No se encuentra ninguna relación estadísticamente significativa entre los temas de las obsesiones y compulsiones y el deterioro producido por la enfermedad. Se ha comunicado en otros trabajos que los pacientes con mayores dificultades en el desempeño social eran los que presentaban lentitud obsesiva primaria y aquellos en los que predominaban temores de contaminación y rituales de lavado¹⁴¹.

La escala Y-BOCS incorpora dos ítems: *interferencia* producida por las obsesiones e *interferencia* debida a las compulsiones, indicativos del impacto de las formaciones obsesivas en la conducta del paciente. Según Steketee¹³⁹, ambos mantienen una relación muy significativa con sus subescalas, lo que equivale a considerar una fuerte relación entre la discapacidad y la obsesividad.

En la muestra que analizamos, cuando relacionamos la puntuación obtenida en ROLES (que equivale a la disminución en el desempeño de roles o discapacidad) con los ítems de las subescalas Y-BOCS, se aprecia una tendencia a asociar mayor gravedad en las características de las obsesiones con mayor deterioro en ROLES, pero sólo en el ítem *interferencia* la relación es estadísticamente significativa.

Al analizar la relación entre las características de las compulsiones y ROLES se observa la misma relación: mayor gravedad, mayor deterioro; incluso con mayor significación estadística en *malestar*, *control* y *resistencia*. Sorprendentemente, no hay relación entre la *interferencia* producida por las compulsiones y el deterioro.

En resumen: en la muestra estudiada, el deterioro asociado al TOC se asocia con una mayor intensidad de las obsesiones y de las compulsiones. La única característica de las obsesiones que tiene un peso estadísticamente significativo en el deterioro es la *interferencia* producida por ellas. Respecto a las compulsiones, en

conjunto su peso es mayor que el de las obsesiones para explicar el deterioro y son más determinantes en la severidad de éste, aunque la *interferencia* tiene mucha menos influencia y no guarda una relación estadísticamente significativa. La *resistencia*, la pérdida del *control* ejercido sobre ellas y el *malestar* que producen sí tienen una relación significativa con la discapacidad ligada al TOC.

6.3.3. Relación entre discapacidad ligada al TOC y comorbilidad

La influencia de los trastornos o síntomas comórbidos en el deterioro que acompaña al TOC no ha sido un tema muy estudiado. Los autores que lo han hecho no coinciden en sus conclusiones, pero tienden a considerar que la comorbilidad empeora el funcionamiento habitual de los obsesivos^{139,191}.

Los síntomas depresivos, constituyan un trastorno o no, se han relacionado con peor funcionamiento familiar, mientras que los rasgos de personalidad, autocomunicados o diagnosticados, con un peor funcionamiento social^{87,191}.

En este estudio, se ha relacionado la puntuación obtenida en ROLES y la comorbilidad, evaluada a través de los IGs o grupos de síntomas del SCAN.

Sólo hallamos relación estadísticamente significativa con dos grupos de síntomas: IG9 o *disminución subjetiva del funcionamiento* e IG6 o *fobias simples*.

Como se ha explicado en apartados anteriores, dentro de la disminución subjetiva del funcionamiento se engloban, por una parte, síntomas en relación con la inseguridad del sujeto en su memoria y en su capacidad de organizar la información, que se convierte en una importante fuente de incertidumbre y dudas; por otra, los síntomas que Sánchez y cols.¹⁸¹ denominan del *déficit de la acción humana o apatía* y que engloban la pérdida de emociones (concepto al que se refería el término apatía en sus orígenes), la astenia, la abulia, la anhedonia y la lentitud. Estos síntomas, que están relacionados entre sí y aparecen en distintas enfermedades psiquiátricas y neurológicas, han perdido protagonismo en la literatura psiquiátrica y tampoco son tenidos en cuenta en las actuales clasificaciones internacionales. Sin embargo, la importancia de la apatía radica en las consecuencias sobre la vida de los pacientes: merma la implicación de éstos en los tratamientos, sobre todo en el abordaje psicoterapéutico, empeorando el pronóstico de la enfermedad; les dificulta sus actividades laborales, y les conduce a un progresivo aislamiento familiar y social¹⁸¹.

Al impacto de la apatía hay que añadir la influencia de las fobias específicas sobre la calidad de vida de los pacientes. Que las fobias simples evolucionen hacia el deterioro psicosocial, dependerá de un aumento de los miedos o de las limitaciones que, a través de las conductas de evitación, imponga a la vida del sujeto¹⁸⁹, pudiendo llegar, en el caso de las fobias situacionales (conducir, volar, usar transportes públicos, por ejemplo), a una limitación similar a la producida por la agorafobia¹⁶⁴.

Cuando se presentan comórbidas a otros diagnósticos, el 25% de los pacientes refiere interferencias importantes en su vida cotidiana y en sus actividades¹⁹², incluso un estudio sostiene que cuando aparecen junto a otros trastornos pueden ser más invalidantes que si son la única entidad¹⁹³.

En el grupo de pacientes estudiado la discapacidad, el deterioro ligado al TOC, se hace patente en el funcionamiento social: las relaciones interpersonales, la conversación, las actividades de ocio y tiempo libre y el interés por los acontecimientos socioculturales, sobre todo. En que este deterioro surja influyen de forma significativa síntomas comórbidos poco reconocidos, como los que giran en torno al *déficit de acción humana* o apatía, además de las fobias específicas asociadas.

6.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación tiene una serie de limitaciones.

La primera es común a todos los estudios descriptivos de tipo transversal: de ellos no podemos extraer conclusiones en las que intervenga una secuencia temporal (como podría ser una hipotética relación causa-efecto). Más que conclusiones, originan hipótesis que necesitan posteriores trabajos de seguimiento para ser verificadas o rechazadas.

La selección de casos se ha realizado con unos criterios que dejan fuera segmentos de población –niños y adolescentes- de indudable interés, pero que generalmente precisan instrumentos modificados, lo que complicaba la realización del estudio.

Algo similar puede decirse de la exclusión de los sujetos drogodependientes. La comorbilidad entre el TOC y las adicciones es un tema que no debe obviarse y sólo

podemos justificarlo a partir de la dificultad para evaluar la discapacidad del TOC deslindándola de la provocada por la adicción.

Tampoco ha sido contemplada la *personalidad* de los sujetos. La razón no estriba en desdeñar su importancia, sino en las dificultades metodológicas que entraña: encontrar un instrumento adecuado y no desorbitar la proporción entre el número de pacientes y el número de variables.

El escaso número de pacientes condiciona la posibilidad de extrapolar resultados y resta *potencia* a las pruebas aplicadas. Posiblemente, también ha contribuido a la irregular distribución de algunas variables sociodemográficas, como la distribución por sexos.

En cuanto a los instrumentos de medida utilizados, en las diferentes secciones se han añadido críticas puntuales a ellos. Sin embargo, es difícil que una escala, un cuestionario o una entrevista semiestructurada, sean capaces de abarcar toda la riqueza psicopatológica de la enfermedad obsesiva o de sus repercusiones en la vida del sujeto que la padece. No hay que perder de vista que los resultados obtenidos a través de ellos son limitados ya que, de cara a poder obtener información de manera uniforme, se sacrifica en parte la diversidad de fenómenos que están en juego.

7. CONCLUSIONES.

7. CONCLUSIONES

1. En la muestra estudiada, ni las variables sociodemográficas ni las que se refieren a la historia natural del TOC guardan relación con la gravedad de éste. Sólo la presencia de un curso clínico progresivo e incapacitante se relaciona con la gravedad del cuadro.
2. Los trastornos hallados comórbidos al TOC han sido: trastornos depresivos, fobias específicas, trastorno de pánico e insomnio no orgánico.
3. Los síntomas comórbidos que tienen mayor peso en la gravedad del TOC son, en orden de importancia: disminución subjetiva del funcionamiento, tensión nerviosa, disminución del funcionamiento corporal y fobias específicas.
4. La disminución subjetiva del funcionamiento hace referencia, por un lado, a la presencia de apatía, abulia, astenia, enlentecimiento, síntomas que giran en torno a la falta de actividad y, por otro, a la sensación de falta de memoria y a dificultades para organizar la información, más ligados a aspectos cognitivos. Estos síntomas, que pueden relacionarse con algunos de los que Janet incluyó en la categoría denominada psicastenia, no se contemplan en las descripciones que del trastorno hacen los actuales sistemas diagnósticos y de clasificación.
5. La gravedad del TOC también guarda una relación con el aislamiento social que se plasma en la disminución en el desempeño de roles sociales que hacen referencia a las relaciones interpersonales y a la conversación diaria.
6. La discapacidad ligada al TOC se relaciona con la intensidad, la gravedad, de las compulsiones y, en menor medida, con la gravedad de las obsesiones.

7. Las características de las formaciones obsesivas que han demostrado estar más relacionadas en la discapacidad son la interferencia producida por las obsesiones y el malestar, la falta de control y la resistencia esgrimida frente a las compulsiones.

8. En dicha discapacidad, la disminución subjetiva del funcionamiento y las fobias específicas son los síntomas comórbidos que tienen mayor influencia. De nuevo, como ocurría respecto a la gravedad, los fenómenos que giran en torno a la apatía y a las dificultades para organizar la información, aparecen desempeñando un importante papel, esta vez en el deterioro ligado al TOC.

8. BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFIA

1. de Silva P, Rachman S. Trastorno obsesivo-compulsivo. Los hechos. Bilbao: Desclée De Brouwer; 1995.
2. Berrios GE. Obsessive-Compulsive Disorder. En: Berrios GE, Porter R: A History of Clinical Psychiatry. London: Athlone Press; 1995.
3. Berrios GE. Historia de los trastornos obsesivos. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. Estados obsesivos. 2ªed. Barcelona: Masson; 1995.
4. Vallejo Ruiloba J. Neurosis obsesiva. En: Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2ªed. Barcelona: Salvat; 1985.
5. López Piñero JM. Orígenes históricos del concepto de neurosis. Madrid: Alianza Editorial; 1985.
6. Legrand du Saulle. La folie de la doute (avec délire du toucher). Paris: Adrien Delahaye; 1875.
7. Berrios GE. Trastorno obsesivo compulsivo y enfermedad neurológica. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. Estados obsesivos. 2ªed. Barcelona: Masson; 1995.
8. Janet P. Les Nevroses. Paris: Flammarion Editeur; 1909.
9. Janet P. Les obsessions et la psychasthénie. Paris: Felix Alcan; 1903.
10. Ellenberger HF. El descubrimiento del inconsciente. Madrid: Editorial Gredos; 1976.
11. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 8ªed. Barcelona: Toray -Masson; 1980.
12. Lempriere T. Consideraciones históricas sobre los trastornos obsesivos y fóbicos. En: Pichot P, Giner J, Ballús C. Estados obsesivos, fóbicos y crisis de angustia. Madrid: Arán; 1990.
13. Tallis F. Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive and Neuropsychological Perspective. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
14. Lanteri-Laura G. La psychasthenie: histoire et evolution d'un concept de P. Janet. Encephale. 1994; 20 (Spec): 551-557.
15. Pitman RK. Obsessive Compulsive Disorder in Western History. En: Hollander E, Zohar J, Marazziti D and Olivier B. Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder. Chichester: John Wiley & Sons; 1994.

16. Freud S. La herencia y la etiología de las neurosis (1896). En: Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
17. Freud S. La interpretación de los sueños (1900). En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
18. Freud S. El yo y el ello (1923). En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
19. Laplanche J y Pontalis JB. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor; 1983.
20. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
21. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
22. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986;143: 1527-1533.
23. Bleuler E. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Calpe; 1924.
24. Bumke O. Nuevo tratado de enfermedades mentales. Barcelona: F. Seix; 1946.
25. Cabaleiro Goas M. Temas Psiquiátricos. Madrid: Paz Montalvo; 1966.
26. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav-Res-Ther* 1994; 32: 342-353.
27. Foa EB y Kozak MJ. DSM-IV and ICD 10 Diagnostic Criteria for Obsessive Compulsive Disorder: Similarities and Differences. En: Hollander E, Zohar J, Marazziti D, Olivier B. *Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder*. Chichester: John Willey & Sons; 1994.
28. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander MD, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV Field Trial: Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90-96.
29. Pollitt J. Natural History of Obsessional States. *British Medical Journal* 1957; 26: 194-198.
30. Salgado P, Turón VJ y Olivares J. Epidemiología e historia natural de los trastornos obsesivo-compulsivos. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. *Estados obsesivos*. 2ªed. Barcelona: Masson; 1995.
31. Rasmussen SA, Tsuang MT. Epidemiology of Obsessive-compulsive disorder. A review. *J Clin Psychiatr* 1984; 45: 450-457.
32. Yaryura-Tobías J y Neziroglu F. *Trastornos Obsesivo-Compulsivos*. Madrid: Harcourt-Brace; 1997.
33. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(4 suppl): 4-10.

-
34. Myers J, Weissman M, Tischler G, Holzer C, Leaf P, Ovaschel H, Anthony J, Boyd J, Burke J, Kramer M, Stoltzman R. Six month prevalence of psychiatric disorders in three commitments. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 959-967.
 35. Robins L, Helzer J, Weissman M, Ovaschel H, Gruenberg E, Burke J, Reiger D. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949-958.
 36. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnham MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-1099.
 37. Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77 (suppl 338): 34-42.
 38. Flament MF, Withaker A, Rapoport JL, Shaffer D. Obsessive-compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 764-771.
 39. Angst J. The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. En: Hollander E, Zohar J, Marazatti D, Olivier B. *Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons; 1994.
 40. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 Suppl: 5-10.
 41. Stein MB, Forde DR, Anderson G and Walker JR. Obsessive-Compulsive Disorder in the Community: An Epidemiologic Survey With Clinical Reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1120-1126.
 42. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study. XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243: 16-22.
 43. Nestad G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 219-224.
 44. Nelson E, Rice J. Stability of Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder in the Epidemiological Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 826-831.
 45. Noshirvani HF, Kasviris Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive compulsive disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 260-263.

-
46. Neziroglu FA, Yaryura-Tobías JA, Lemli JM, Yaryura RA. Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1994; 40: 217-223.
 47. Arts W, Hoogduin K, Schaap C, de Haan E. Do patients suffering from obsessions also differ from other obsessive-compulsives? *Behav Res Ther* 1993; 31: 119-123
 48. Coryell W. Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression: Comparison of background, family history, course and mortality. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 220-224.
 49. Hafner RJ, Miller RJ. Obsessive-compulsive disorder: An exploration of some unresolved clinical issues. *Aust N Z J Psychiatry* 1990; 24: 480-485.
 50. Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT. Sexual history and quality of current relationships in patients with two other psychiatry samples. *J Sex Marital Ther* 1993; 19: 147-153.
 51. Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29: 114-117.
 52. Pollard CA, Wiener RL, Merkel WT, Enseley C. Reexamination of the relations between birth order and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 1990; 23: 52-56.
 53. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 743-758.
 54. Rutter M. Pathways from Childhood to Adult Life. *J Child Psychol Psychiat* 1989; 30: 23-51.
 55. Chakraborty A, Banerji G. Ritual, a culture specific neurosis, and obsessional states in Bengali culture. *Indian J Psychiat* 1975; 17: 273-283.
 56. Ingram IM. Obsessional illness in mental hospital patients. *J Ment Sci* 1961; 107: 382-402.
 57. Williamson RC. Socialization, mental health and social class: A Santiago sample. *Soc Psychiat* 1976; 11: 69-74.
 58. Mahgoub OM, Abdel-Hafeiz HB. Pattern of obsessive-compulsive disorder in eastern Saudi Arabia. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 840-842.
 59. Steketee G, Quay S, White, K. Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5: 359-367.
 60. Freud S. Totem y Tabú (1913). En: *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
 61. Bland RC, Newman SC, Orn H. Age of onset of psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77(suppl 338): 43-49.
 62. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(2 suppl): 10-13.

-
63. Rapoport JL. Childhood obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Psychol Psychiatry* 1986; 27: 289-296.
 64. Pollit JD. Natural history studies in mental illness. *J Ment Sci* 1960; 106: 93-113.
 65. Hantouche EG. Troubles obsessionnels compulsifs. *Encycl Med Chir (Paris-France), Psychiatrie*, 37-370-A-10, 1995,14p.
 66. Pitman RK. Posttraumatic Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34: 102-107.
 67. Raphael FJ, Rani S, Bale R, Drummond LM. Religion, Ethnicity and Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Social Psychiatry* 1996; 42: 38-44.
 68. Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobías JA. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 947-950.
 69. Black A. The natural history of obsessional neurosis. En: Beech HR (dir.): *Obsessional States*. London: Methmen; 1974.
 70. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive-Compulsive Disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; Suppl 376: 24-35.
 71. Zetin M, Kramer MA. Obsessive-Compulsive Disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 42: 689-699.
 72. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical Characteristics and Family History in DSMIII Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 317-322.
 73. Goodwin D, Guze S, Robins E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 20: 182-187.
 74. Müller C. El devenir de los trastornos obsesivos. Estudios catamnésicos. En: Pichot P, Giner J, Ballús C: *Estados obsesivos, fóbicos y crisis de angustia*. Madrid: Arán Ediciones; 1990.
 75. Vallejo J. Relación de los trastornos obsesivos con otras patologías psíquicas. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE: *Estados Obsesivos*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
 76. López-Ibor JJ. Comorbilidad de la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo. *Focus on Depression* 1993; 9: 52-60.
 77. López-Ibor Aliño JJ, Sáiz Ruiz J, López-Ibor Alcocer MI, Viñas Pifarré R. Trastorno obsesivo-depresivo y depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1995; 23: 97-113.
 78. Gordon A, Rasmussen SA. Mood-related Obsessive-Compulsive Symptoms in a Patient with Bipolar Affective Disorder. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 27-28.
 79. Farid BT. Obsessional Symptomatology and Adverse Mood States. *British Journal of Psychiatry* 1986; 149: 108-112.

-
80. Barcia D. Comorbilidad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo. *Actas Luso-Esp Neuro Psiquiatr* 1996; 24: 91-96.
 81. Okasha A, Saad A, Khalil AH, Seif El Dawla A, Yehia N. Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Transcultural Study. *Comprehensive Psychiatry* 1994; 35: 191-197.
 82. Austin LS, Lydiard RB, Fossey MD, Zealberg JJ, Laraia MT, Ballenger JC. Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 456-458.
 83. Servant D, Bailly D, Le Seach H, Parquet PJ. Symptômes obsessionnels compulsifs associés à le trouble panique. Facteur predictif de la réponse thérapeutique au fluvoxamine. *Encephale* 1990; 16: 359-362.
 84. Mellman TA, Uhde TW. Obsessive-compulsive symptoms in panic disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1573-1576.
 85. Alfonso Suárez, S. Síntomas obsesivo compulsivos en pacientes con trastorno por crisis de angustia con agorafobia. *Psiquis* 1994; 15: 49-52.
 86. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. Pharmacotherapy of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (suppl 4): 29-37.
 87. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ. Concomitant Obsessive-Compulsive Disorder and Schizotypal Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 530-532.
 88. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 437-441.
 89. Enright SJ, Beech AR. Obsessional States: Anxiety Disorders or Schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychol Med* 1990; 20: 621-627.
 90. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI. Obsessive and Compulsive Symptoms in Chronic Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 1995; 36: 6-10.
 91. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive Compulsive Disorder Whith Psychotic Features. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 373-379.
 92. Eisen JL, Beer DA, Pato MT, Venditto TA, Rasmussen SA. Obsessive-Compulsive Disorder in Patients Whith Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 271-273.
 93. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(suppl 3): 18-23.

-
94. George MS, Trimble MR, Ring HA et al. Obsessions in obsessive-compulsive disorder with or without Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 93-97.
 95. Vidal Rubio S, Fernández F, Turón V, Vallejo J. Trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo compulsivo. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1996; 23: 104-113.
 96. Hollander E, Benzaquen SD. El trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. En: den Boer JA, Westenberg HGM. *Trastorno del espectro obsesivo-compulsivo*. Amsterdam: Syn-Thesis Publishers; 1997.
 97. Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 332-337.
 98. Barsky AJ. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 791-801.
 99. Sauron G, Fava GA, Rafanelli C, Raffi AR, Belluardo P. Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 345-348.
 100. Vallejo J. Clínica de los trastornos obsesivos. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. *Estados Obsesivos*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
 101. Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R; Greist J. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 862-866.
 102. Freud S. El carácter y el erotismo anal (1908). En: *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
 103. Freud S. Análisis de un caso de Neurosis Obsesiva (Caso el hombre de las ratas) (1909). En: *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
 104. Vallejo J, Marcos T, Salamero M. Cuestionario de rasgos de personalidad obsesiva (CRPO): resultados preliminares. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1996; 23: 174-179.
 105. Nestad G. DSM-III Obsessive-Compulsive Personality Disorder: An Epidemiological Study. *Psychol Med* 1991; 21: 461-471.
 106. Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML, Cavedini P, Erzegovesi S, Bellodi L. Relationship Between Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1997; 38: 38-42.
 107. Matsunaga H, Kirriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Nagata T, Takei Y, Yamagami S. Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 128-134.

-
108. Okasha A, Omar AM, Lotaief F, Ghanem M, Seif El Dawla, Okasha T. Comorbidity of Axis I and Axis II Diagnoses in a Sample of Egyptians Patients With Neurotics Disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1996; 37: 95-101.
 109. Bejerot S, Schlette P, Ekeseilius L, Adolfsson R, von Knorring L. Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 243-249.
 110. Bogetto F, Barzega G, Bellino S, Maina G, Ravizza L. Obsessive- Compulsive Disorder and Personality Dimension: A Study Report. *Eur J Psychiat* 1997; 11:156-161.
 111. Baer L, Jenike MA. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1992; 15: 803-812.
 112. Stein DJ, Hollander E, DeCaria CM. Personality Disorders and Obsessive Compulsive Disorder. En: Hollander E, Zohar J, Marazatti D, OlivierB. *Current Insights in Obsessive-Compulsive Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 1994.
 113. Thomsen PH, Mikkelsen HU. Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6- to 22- year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 456-462.
 114. Rosen KV, Tallis F. Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behav Res Ther* 1995; 33: 445-450.
 115. Tyrer P. *Clasificación de las Neurosis*. Madrid: Díaz de Santos, S.A. 1992.
 116. Riddle M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173 (suppl 35): 91-96.
 117. Toro J. Clínica y patología asociada del trastorno obsesivo-compulsivo. *Monografías de Psiquiatría*, 1997; 3: 21-26.
 118. Rodrigo Alfageme M. Curso clínico y relaciones con el trastorno obsesivo-compulsivo del adulto. *Monografías de Psiquiatría* 1997; 3: 27-33.
 119. Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiary Res* 1992; 42: 111-120.
 120. Black DW, Noyes R Jr, Godstein RB, Blum N. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 362-368.
 121. Lenane MC, Swedo SE, Leonad H, Pauls DL, Cheslow DL, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first-degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 407-412.

-
122. Castilla del Pino, C. Introducción a la Psiquiatría. Vol. II. Madrid: Alianza Universidad; 1982.
123. Insel TR. Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 2(suppl): 4-8.
124. Botella C, Robert C. El trastorno obsesivo-compulsivo. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Volumen II. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
125. Vallejo Ruiloba J. Biología de los trastornos obsesivos. A propósito de las obsesiones y las compulsiones. *Update Psiquiatría* 1992; 1: 82-92.
126. Khanna S, Kaliaperumal VG, Channabasavanna SM. Clusters of obsessive-compulsive phenomena in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 51-54.
127. Simeon D, Hollander E, Cohen L. Obsessive Compulsive Related Disorders. En: Hollander E, Zohar J, Marazziti D, Olivier B. Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder. Chichester: John Wiley and Sons, 1994.
128. Vallejo J, Pifarré J. Tratamientos farmacológicos del trastorno obsesivo compulsivo. *Psicofarmacología* 1998; 2: 21-33.
129. López-Ibor JJ Jr. Serotonin and psychiatric disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 7 (suppl 2): 5-11.
130. Casas M, Alvarez E, Duro P. Antiandrogenic treatment of obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 221-222.
131. Barr LC, Goodman WK, Price LH, McDougle CJ, Charney DS. The serotonin hypothesis of obsessive-compulsive disorder: implications of pharmacologic challenge studies. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 17-28.
132. Fernández CE, López-Ibor JJ. Monoclorimipramina en el tratamiento de pacientes psiquiátricos resistentes a otras terapias. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1967; 26: 119-147.
133. Vallejo J. Biología de los trastornos obsesivos. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. Estados obsesivos. 2ª edición. Barcelona: Masson SA; 1995.
134. Rachman S. Pollution of the Mind. *Behaviour Research and Therapy* 1994; 32: 311-314.
135. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy* 1993; 31: 149-154.
136. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive- Behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173 (suppl 35): 53-63.

-
137. Chartier JP. Estructuras neuróticas. En: Bergeret J. Manual de Psicología Patológica. Barcelona: Toray-Masson; 1975.
138. Bouvet M. La Clinique Psychanalytique. La Relation d'objet. En: Oeuvres Psychanalytiques. Tomo I: La Relation d'Objet – Nèvrose Obsessionnelle, dépersonnalisation. Paris: Payot; 1971.
139. Steketee G. Disability and Family Burden in Obsessive-Compulsive Disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 919-928.
140. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 19-22.
141. Calvocoressi L, McDougle CI, Wasyluk S, Goodman WK, Trufan SJ, Price LH. Inpatient Treatment of Patients With Severe Obsessive-Compulsive Disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 1150-1154.
142. Castilla del Pino, Carlos. Cuarenta años de psiquiatría. Madrid: Alianza Universidad; 1987.
143. Organización Mundial de la Salud. Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Sistema SCAN). Madrid: Méditor; 1992.
144. Wing J. SCAN and the PSE tradition. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 50-54.
145. Sartorius N, Janca A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry- Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 55-69.
146. Villagrán Moreno JM, Luque Luque R, Valls Blanco JM, Díez Patricio A. Un Modelo de Historia Clínica Computerizada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1988; 27: 623-636.
147. Goodman WK, Price LH. Rating Scales for Obsessive-Compulsive Disorder. En: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. Massachusetts: Year Book Medical Publishers, Inc; 1990.
148. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1011.
149. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-1016.
150. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, Charney DS. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 36-44.

-
151. Kim SW, Dysken MW, Kuskowski M. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: A reliability and validity study. *Psychiatry Res* 1990; 34: 99-106.
 152. Kim SW, Dysken MW, Kuskowski M. The Symptom Checklist-90: Obsessive-Compulsive Subscale: A reliability and validity study. *Psychiatry Res* 1992; 41: 37-44.
 153. Kim SW, Dysken MW, Pheley AM, Hoover KM. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Measures of Internal Consistency. *Psychiatry Res* 1994; 51: 203-211.
 154. Woody SR, Steketee G, Chambless DL. Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behav Res Ther* 1995; 33: 597-605.
 155. Goodman WK, Price LH. Assessment of severity and change in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 861-869.
 156. Nicolini H, Herrera K, Páez F, Sánchez de Carmona M, Orozco B, Lodeiro G, de la Fuente JM. Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Salud Mental* 1996; 19: 13-16.
 157. Sweeney JA, Haas GL, Weiden PJ. Evaluación clínica de la esquizofrenia. En: Wetzler S.: *Medición de las Enfermedades Mentales: Evaluación Psicométrica para los Clínicos*. Barcelona: Ancora; 1991.
 158. Liberman RP. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
 159. Otero V, Navascués D, Rebolledo Moller S. Escala de desempeño psicosocial. Adaptación Española del SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule). *Psiquis* 1990; 11: 395-401.
 160. Platt S, Weyman A, Hirsch S, Hewett S. The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Soc Psychiatry* 1980; 15: 43-55.
 161. Otero V, Rebolledo S. Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. *Psiquiatría Pública* 1993; 4: 217-223.
 162. Burton, Robert. *Anatomía de la Melancolía*. Trad cast de 1921 sobre la edición de 1632. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
 163. Schneider K. *Psicopatología clínica*. Traducción castellana de la XIV edición alemana. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
 164. Schneier FR. Calidad de vida en los trastornos de ansiedad. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona. Masson; 2000.

-
165. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 441-443.
166. Wersma, D. Desempeño del rol como componente de calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona. Masson; 2000.
167. Skoog G, Skoog I. A 40-Year Follow-up of Patients with Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 121-127.
168. Nestad G, Samuels J, Riddle M, Bienvenue J, Liang K, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. A Family Study of Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 358-361.
169. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen J, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 145: 911-917.
170. Perna G, Bertrani A, Arancio C, Ronchi P, Bellodi L. Laboratory Response of Patients With Panic and Obsessive-Compulsive Disorders to 35% CO₂ Challenges. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 85-89.
171. Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, El Nahas G, Seif El Dawla A, Sayed M, El Kholi S. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 281-285.
172. Bystritsky A, Munford PR, Rosen RM, Martin KM, Vaprik T, Gorbis EE, Wolson RC. A Preliminary Study of Partial Hospital Management of Severe Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Services* 1996; 47: 170-174.
173. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 911-917.
174. Tortora Pato M, Eisen JL, Pato CN. Rating Scales for Obsessive-Compulsive Disorder. En: Hollander E, Zohar J, Marazziti, Olivier B. *Current Insights in Obsessive-Compulsive Disorder*. Chischester: John Wiley & Sons; 1994.
175. Albucher RC, Abelson JL, Nesse RM. Defense Mechanism Changes in Successfully Trated Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 558-559.
176. Lindsay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 135-139.

-
177. De Araujo LA, Ito LM, Marks IM, Deale A. Does Imagined Exposure to the Consequences of Not Ritualising Enhance Live Exposure for OCD? A Controlled Study. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 65-70.
178. Foa E. Tratamientos cognitivo-conductuales del espectro obsesivo. Ponencia presentada al VIII Symposium Internacional sobre Actualización y Controversias en Psiquiatría: Patología Obsesiva. Barcelona; Marzo, 2001.
179. Karschnig H. Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editores. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2000.
180. Angermeyer MC, Kilian R. Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editores. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2000.
181. Sánchez PM, Eguíluz I, Gutiérrez M. Psicopatología de la apatía. En: Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000.
182. Olivares JM. Afectividad y estado de ánimo: tristeza, apatía y anhedonia. En: Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000.
183. Berrios GE, Fuentenebro de Diego F. *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Madrid: Trotta; 1996.
184. Ingenieros J. *Obsesiones e ideas fijas*. Buenos Aires: Agustín Etchepareborda; 1904.
185. Vallejo J. Obsesiones y compulsiones. En: Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000.
186. Berrios GE. Concepto de psicopatología descriptiva. En: Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000.
187. Villagrán JM, Luque R. Aspectos conceptuales y filosóficos del diagnóstico y la clasificación en psiquiatría. En: Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000.
188. Roca M, Llaneras N, Gili M. Psicopatología de las fobias. En: Luque R, Villagrán JM. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000.
189. Sánchez-Planell L. Fobias y obsesiones. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. *Estados Obsesivos*, 2ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
190. Marks I. *Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety and Their Disorders*. Oxford: Oxford University Press; 1987.

-
191. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of Life for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 783-788.
 192. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 52: 159-168.
 193. Roy-Byrne PP, Milgrom P, Khoon-Mei T, Weinstein P. Psychopathology and psychiatric diagnosis in subjects with dental phobia. *J Anx Disorders* 1994; 8: 19-31.
 194. Vazquez-Barquero JL, Lastra I, Cuesta Nuñez MJ, Herrera Castanedo S, Gaité L, Pardo G. Análisis psicopatológico de las fases iniciales de la esquizofrenia: Estudio de los Primeros Episodios de Esquizofrenia de Cantabria. *Psiquiatría Biológica* 1995; 2: 138-150.