

Revisión

Epidemiología de los trastornos obsesivo-compulsivos

M. Gili Planas (*)

La sintomatología esencial del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) consiste en la presencia de obsesiones (pensamientos, ideas, impulsos o imágenes persistentes, experimentadas por el sujeto como intrusas y sin sentido) y/o compulsiones (conductas repetitivas finalistas e intencionales).

Durante muchas décadas, el TOC ha sido considerado un trastorno poco frecuente. Los primeros estudios realizados a mediados de este siglo señalaban una prevalencia del 0.05%, en población general (Rudin, 1953; Woodruff y Pitts, 1964) y del 1% - 4% entre pacientes psiquiátricos (Pollit, 1957). Sin embargo los autores ya sospechaban que tales cifras eran inferiores a la incidencia real del trastorno. La presencia del TOC ha sido subestimada por parte de clínicos e investigadores debido a diferentes factores entre los cuales cabe señalar la reserva de muchos pacientes afectados por el trastorno en relación a sus síntomas, la demora de una media de 8 años antes de acudir a una consulta especializada y la falta de instrumentos diagnósticos fiables.

La formulación de criterios objetivos para el diagnóstico, el desarrollo de entrevistas estructuradas, susceptibles

de ser administradas por entrevistadores legos, y las esperanzas en un mejor pronóstico, generadas por el desarrollo de tratamientos psicofarmacológicos y comportamentales, han hecho posible un análisis más completo del trastorno y han revelado la existencia de un mayor número de casos.

El National Epidemiology Catchment Area (ECA), realizado por el NIMH en EEUU fue el primer estudio que se benefició de tales avances metodológicos. Se entrevistó aproximadamente a 18.000 personas de cinco estados norteamericanos. Los resultados del estudio (Myers, 1984, Robins, 1984) muestran que el TOC ocupa entre los trastornos psiquiátricos más comunes, el cuarto lugar, después de fobias, el abuso de sustancias y la depresión mayor. Así la prevalencia del TOC es superior a la señalada por los estudios anteriores, situándose alrededor del 1% - 2% en población general. La tasa de frecuencia media de TOC durante seis meses es de 1-2%, es decir, aproximadamente 2 personas de cada cien entrevistadas habían padecido el trastorno durante los seis meses anteriores a la entrevista y la prevalencia vida del 2 al 3%, esto es, 2-3 personas de cada 100 entrevistadas han padecido el trastorno en algún momento de su vida.

Estudios epidemiológicos posteriores, llevados a cabo tanto en EEUU como en otras culturas (Europa, Canadá, Africa, Taiwan) han corroborado tales resultados.

Aspectos demográficos

Sexo y edad

Entre adultos, la proporción entre hombres y mujeres es próxima al 1:1 (Rasmussen & Tsuang, 1986). El TOC se distribuye en su conjunto por igual entre los dos sexos, sin embargo, existen diferencias en algunos de los subti-

(*) Departament de Psicologia
Universitat de les Illes Balears.

pos clínicos del trastorno. Las mujeres presentan más a menudo lavados compulsivos y evitaciones, mientras que los hombres presentan mayor lentitud obsesivo-compulsiva.

El TOC comienza generalmente de forma temprana, apareciendo los primeros síntomas durante la infancia, la adolescencia o en adulto joven. Un 65% de casos inician el trastorno antes de los 25 años. La edad media de inicio se sitúa alrededor de los 20 años para ambos sexos. Transcurridos los 40 años, los porcentajes disminuyen sensiblemente, debiéndose sospechar etiología orgánica cuando el trastorno tiene su inicio en edades avanzadas.

Matrimonio, clase social y educación.

La mayoría de estudios revisados coinciden en señalar la elevada proporción de solteros entre pacientes obsesivo-compulsivos. Aproximadamente un 50% de enfermos son solteros, siendo ésta característica más común entre varones (68% - 53%) que entre mujeres (40% - 37%) (Black, 1974). La edad media de matrimonio se sitúa en los 34 años, hecho que influye en el bajo índice de fertilidad de estos pacientes (Rachman y Hodgson, 1980), que es incluso menor que el de pacientes esquizofrénicos.

Un tema que no presenta tan elevado nivel de coincidencia entre estudios es el relativo a la clase social y al nivel de educación. Algunos autores no hallan diferencias significativas entre las clases sociales, mientras que otros señalan una incidencia mayor entre clases sociales altas. La discordancia probablemente tiene su origen en el tipo de muestra escogida para el estudio. Las muestras hospitalarias y clínicas, formadas por aquellas personas que buscan asistencia terapéutica, tienden a estar integradas por pacientes que pertenecen a clases socioeconómicas más elevadas, pero esto no es así para aquellas tomadas de población general. El ECA, estu-

dio citado anteriormente, no encontró diferencias entre niveles socioeconómicos.

Inteligencia

La mayoría de estudios revisados concluyen que el nivel de inteligencia es superior entre los pacientes obsesivo-compulsivos. Sin embargo, estos trabajos basan sus conclusiones en impresiones clínicas y, únicamente un número muy reducido de ellos, utilizan pruebas psicométricas. Los estudios realizados utilizando el WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) no muestran diferencias significativas en la puntuación total, mientras que se obtienen puntuaciones verbales más altas en detrimento de las manipulativas.

Orden del nacimiento

Son muchos los estudios que han investigado esta variable. Algunos de ellos señalan que los primogénitos y los hijos únicos son los grupos que con mayor frecuencia presentan TOC. Aunque es difícil dar una explicación a estos datos, la mayoría de autores señalan la mayor carga de responsabilidad y mayores expectativas de los padres sobre los primogénitos y los hijos únicos, que tienden a atenuarse con el resto de la descendencia.

Estudios familiares y genéticos

Los estudios existentes no permiten aún ofrecer una respuesta clara acerca de si el TOC es un trastorno que se hereda. Algunas familias, presentan 3 ó 4 generaciones con casos de TOC. Existe acuerdo entre los investigadores en afirmar que el TOC es el resultado de una compleja interacción genética y ambiental. Estas conclusiones se basan en estudios de gemelos y estudios de

familias. Debido a las dificultades metodológicas que comportan los estudios de adopción, hasta el momento no se han realizado estudios fiables de este tipo de niños adoptados o en gemelos monocigóticos criados por separado.

En la tabla 1 se muestran algunos de los estudios realizados durante los últimos 50 años. De los 51 pares de gemelos monocigóticos estudiados, 32 mostraron concordancia para el diagnóstico de TOC. Comparando la ocurrencia del trastorno en pares mono y dizigóticos, la investigación parece sugerir una tasa de concordancia mayor en los pares de gemelos idénticos, aunque se necesitan más estudios para poder llegar a conclusiones válidas.

Tabla 1. Pares de gemelos MZ con TOC

Autor	nº pares	Concord.	Discord.
Lewis (1936)	2	1	1
Rudin (1953)	10	6	4
Woodruff (1964)	1	1	-
Parker (1964)	1	-	1
lhda (1965)	20	10	10
Inouye (1965)	10	8	2
Marks (1969)	1	1	-
Hoaken (1980)	1	-	1
McGuffin (1980)	2	2	-
Torgensen (1983)	3	-	3

En la tabla 2 se muestran los estudios que durante los últimos 50 años han analizado la incidencia familiar del TOC. En general, parece que existe acuerdo en afirmar que los parientes en primer grado (padre, madre, hermano/a, hijo/a) muestran una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo obsesionalidad. Los estudios familiares ponen además de manifiesto un vínculo genético entre TOC y el Síndrome de la Tourette (Nee et al, 1982). Sin embargo, hasta que no sean superadas las dificultades metodológicas inherentes a los

estudios familiares, no será posible llegar a conclusiones válidas.

Tabla 2. Estudios familiares de TOC

Autor	Nº pacientes	nº familiares primer grado	Familiares primer grado con síntomas obsesivos	
			Padres	Hermanos
Lewis (1936)	50	306	37%	20.9%
Brown (1942)	20	96	8%	7%
Rudin (1953)	130	580	4.6%	2.3%
Kinglen (1965)	91	182	20%	-
Lo (1967)	88	485	8.6%	4.6%
Rosemberg (1967)	144	547		0.5%
Carey (1978)	85	174		5%

Estudios de seguimiento

En trece estudios de seguimiento resumidos por Black (1974), la evolución del curso inicial fue estacionaria o empeorando en un 57% de casos, fásica en un 13% y fluctuante en un 30%. Se trata, sin embargo de muestras hospitalarias, que pueden sesgar los resultados y, hasta el momento, no existen estudios de seguimiento en población general.

Los trabajos que han analizado la mejoría del cuadro obsesivo muestran, dependiendo del momento en que fueron realizados, resultados muy dispares. El desarrollo de la psicocirugía, la introducción de terapias comportamentales efectivas y los avances farmacológicos, especialmente la utilización de antidepresivos como la clomipramina, IMAOs e inhibidores selectivos de la decaptación de serotonina (ISRS), son hechos que han provocado, además de un incremento del diagnóstico del TOC (Stoll, 1992), la disparidad de tales resultados en los estudios de seguimiento y un mejor pronóstico del trastorno.

Referencias

Black A (1974) The natural history of obsessional neurosis. En HR Beech (Ed) *Obsessional states* (Cap 2, 19-54, Methuen, Londres.

Myers J K, Weissman MM, Tischler GL et al (1984) Sixmonth prevalence of psychiatric disorders in three communities, 1980 to 1982. *Arch General Psychiatry*, **41**, 958-967.

Nee LE, Caine ED, Polinsky RJ et al (1982) Gilles de la Tourette syndrome: clinical and family study of 50 cases. *Ann Neurol*, **41**-49.

Pollit J (1957) Natural history of obsessional states. *British Medical Journal*, **1**, 194-198.

Rachman S J, Hodgson R (1980) *Obsessions and compulsions*, N J, Prentice-Hall.

Rasmussen S A, Tsuang M T (1984) The epidemiology of Obsessive Compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, **45**, 450-457.

Rasmussen S A, Tsuang M T (1986) Clinical characteristics and family history in DMS-III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, **143** 317-322.

Robins L N, Helzer J E, Weissman M M et al (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch General Psychiatry*, **41**, 958-967.

Rudin E (1953) Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihre hereditären Beziehungen. *Arch Psychiat Nervenk*, **191**, 14-54.

Stoll A L, Tohen M & Baldessarini R J (1992) Increasing frequency of the diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, **149**, 638-640.

Woodruff R, Pitts F M (1964) Monozygotic twins with obsessional neurosis. *Am J Psychiatry*, **120**, 1075-1080.