



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Instituto de Psicología Clínica

Trabajo Final de Grado

Sobre la heterogeneidad del TOC. El Trastorno de Ansiedad del siglo XXI

Celina Alejandra Montaña González

C.I: 4.442.224-6

Tutora: Prof. Agda. Gabriela Prieto

Montevideo, Mayo de 2015

INDICE

Resumen.....	pág. 3
Introducción.....	pág. 4
Evolución histórica del TOC.....	pág. 5
Definición y clasificaciones actuales.....	pág. 7
Manifestaciones clínicas.....	pág. 11
Diferencias y similitudes entre DSM IV y el CIE-10.....	pág. 14
Relación funcional de las obsesiones y las compulsiones.....	pág. 15
Relación del TOC con la personalidad.....	pág. 15
Prevalencia.....	pág. 16
Edad de comienzo.....	pág. 17
Evolución.....	pág. 18
Pronóstico.....	pág. 19
TOC en la infancia y la adolescencia.....	pág. 19
Consideraciones acerca de su comorbilidad.....	pág. 20
Diagnóstico diferencial.....	pág. 24
Modelos etiopatogénicos.....	pág. 25
Tratamiento.....	pág. 29
Consideraciones finales.....	pág. 37
Referencias bibliográficas.....	pág. 40

RESUMEN

El propósito del presente trabajo, es dar a conocer y analizar las características del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en su heterogeneidad, ya que es una temática que va en aumento y es considerada por muchos autores como “la epidemia oculta” del siglo XXI y el más frecuente entre todos los trastornos de ansiedad. Se abordará por consiguiente, un recorrido histórico de la enfermedad, su descripción, sintomatología, criterios diagnósticos pertinentes, comorbilidad y otros aspectos relevantes.

Por último, se describen sus posibles etiologías y algunas orientaciones terapéuticas que se han presentado como eficaces para el tratamiento del TOC, desde diversas perspectivas y enfoques teóricos.

Palabras Claves: Trastorno Obsesivo Compulsivo- Heterogeneidad- Etiologías- Tratamientos.

INTRODUCCION

Este trabajo trata acerca de uno de los trastornos de ansiedad considerado como uno de los desordenes mentales más frecuentes de la sociedad actual, el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Es de sumo interés conocer y debatir sobre esta patología mental que hasta hace muy poco tiempo era descrita como una enfermedad oculta, ya que muchos de los que la padecían se avergonzaban, de modo que mantenían en secreto sus síntomas, no se buscaba ayuda profesional y poco se sabía de ella (García, S., Belloch, A., & Morillo, C., 2008). Actualmente esta situación ha ido cambiando, debido a los medios de comunicación, la información que se brinda y gracias a ello se la puede conocer más en detalle.

Por lo tanto, para adentrarse en esta temática es relevante dar cuenta de los antecedentes y el impacto que ha conllevado dicho trastorno a lo largo de los años. Históricamente ha habido discusiones sobre su etiología, y las sigue habiendo, por esta razón se considera importante conocer los diversos enfoques que estudian y buscan el origen del trastorno.

Específicamente, el trabajo se centrará en la psicopatología del TOC, dando cuenta de su sintomatología, criterios diagnósticos, etiología, comorbilidad con otros trastornos y la búsqueda de un posible tratamiento. De este modo, el objetivo de dicho trabajo es identificar las características heterogéneas del TOC, desde sus diversas perspectivas y dimensiones para conocer sus causas y establecer el o los tratamientos adecuados.

La elección de este tema se llevó a cabo ya que dicha enfermedad es un asunto de debate muy frecuente hoy en día, como se ha mencionado, un porcentaje considerable de la población mundial lo sufre; acercándose a un 2% aproximadamente (León, T., García, M., Danke, I. & Toro, P., 2014). Si bien en la actualidad es muy común que se lo nombre (TOC) en los medios de comunicación, en artículos, etc., muy poco se sabe acerca de su porqué, de donde proviene y de sus relaciones más cercanas. Ocurre que muchas veces las personas juzgan a los sujetos que padecen dicho desorden por sus “excentricidades”, sin conocer su sufrimiento, por falta de información (Behobi. A, García F. & Fernández, A., 2013).

Con el objetivo de recabar información pertinente, la metodología a utilizar es la consulta de distintas fuentes y autores, para conocer en profundidad este trastorno desde diversas perspectivas.

EVOLUCION HISTORICA DEL TOC

Es importante conocer acerca de su historia, cómo fue descrito este trastorno ya que a lo largo del tiempo han ido variando las explicaciones etiológicas del mismo, y no solo se han producido cambios a nivel etiológico sino también en cuanto a su contenido temático.

Durante muchos años han intentado ubicar nosológicamente al TOC, incluso las conductas obsesivas se han explicado desde la antigüedad pero no son consideradas enfermedades mentales hasta el siglo XIX (Vallejo, J., 2011).

Se ha integrado a las obsesiones dentro de las neurosis y han sido consideradas, por algunos autores, como una forma de psicosis. Esquirol (1838) incluía a los fenómenos obsesivos dentro de las monomanías o locuras parciales y las definió de la siguiente manera: "Una enfermedad crónica del cerebro, sin fiebre, caracterizada por una lesión parcial del intelecto, las emociones o la voluntad" (p.4). Es decir, caracterizaba a las manifestaciones obsesivas como una actividad involuntaria en la que el sujeto comete actos de los cuales no es consciente pero no los puede evitar ya que no depende de él, ni de su voluntad. Pero éste término dejó de utilizarse y si bien las obsesiones ya no pertenecían a las psicosis, quedaron sin clasificación por cierto período.

Tiempo después, autores como Morel (1866), continuando con Legrand de Saulle (1875) entre otros, apuntaron a la neurosis y a que la etiología de los fenómenos obsesivos era emocional. Morel (1866) se basó en la hipótesis de la existencia de una lesión funcional en el sistema nervioso autónomo y su afectación de las facultades intelectuales.

Westphal (1878 como se citó en Huertas, 2014) habla de las obsesiones como ideas parásitas que aparecen en una mente sana y se implantan en el proceso normal del pensamiento contra la voluntad del sujeto, y llama a este fenómeno neurosis de coacción.

Cottraux (2004) define a la patología obsesiva de acuerdo a la clasificación clínica de Piere Janet (1903) y propone:

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 (p.6).

Para Janet (1903 como se citó en Huertas, 2014) la enfermedad obsesiva evoluciona en tres estadios: el estado psicasténico, las agitaciones forzadas y las obsesiones compulsiones. El estado psicasténico pertenece al fondo mental del sujeto obsesivo, la psicastenia puede ser adquirida o constitucional y corresponde a un déficit. De modo que las obsesiones y la psicastenia disminuyen la tensión psicológica y nerviosa y produce la pérdida de la función de la realidad. El síntoma predominante de la psicastenia es la sensación de incomplitud, los pensamientos y la acción son inconclusos. La inhibición de la acción se manifiesta por la duda, la abulia, la indecisión y el malestar.

Siguiendo los planteos de Cottraux (2004) las agitaciones forzadas pertenecen a la actividad compulsiva, el sujeto se siente obligado a pensar o realizar actos. Y estas agitaciones forzadas conforman tres categorías: agitaciones mentales, agitaciones motoras (tics, rituales), agitaciones emocionales.

En cuanto a las ideas obsesivas y compulsiones, este autor las clasifica, según su contenido, en cinco categorías: obsesión de sacrilegio, del crimen, de la vergüenza de sí mismo, de la vergüenza del cuerpo y obsesiones hipocondríacas. Se considera que las acciones y pensamientos a los cuales se teme, siempre son malos y se oponen al orden social.

La diferencia de un obsesivo y un histérico para Janet (1903 como se citó en Huertas, 2014) radica en que éste último vive totalmente de su idea fija, en cambio en el obsesivo no hay convicción de la obsesión.

Janet (1903) pone énfasis en la debilidad psicológica del psicasténico, en cambio Freud (1909) afirma que las conductas obsesivas son el resultado de la fuerza, de las pulsiones inconscientes.

Freud (1909) consideraba a la obsesión como un tipo de neurosis ligado a un trauma sexual infantil, de modo que las ideas obsesivas se constituían por autoreproches “disfrazados” que la persona adulta padecía por un acontecimiento sexual infantil. Y declaraba que el niño habría participado activamente y con satisfacción.

El obsesivo se encuentra en medio de la lucha de las pulsiones sexuales y un “Superyó cruel” que se las prohíbe, entonces concluye que la obsesión se da a partir de la formación de un acuerdo entre estos deseos y el Superyó. Esta teoría se basa en su ensayo del caso del “Hombre de las ratas” publicado en 1909.

La clasificación de esta enfermedad dentro de la neurosis, propuesta por Freud, no se sostuvo durante mucho tiempo ya que comprobó que los recuerdos de abusos sexuales en la infancia de sus pacientes, no eran hechos reales sino fantasías. El autor afirmó que el inconsciente no distinguía entre realidad y fantasía en cuanto a los recuerdos y dirigió su investigación en otro rumbo. De igual manera, pensaba que las personas que padecían una neurosis obsesiva, tenían una personalidad premórbida de tipo obsesivo, pero creía en que se podía evitar el progreso de ella. (Freud, S., 1896)

En fin, a partir de la clasificación de las conductas obsesivas como enfermedad mental en el siglo XIX, este trastorno ha sido considerado como monomanías o delirios parciales, se han incluido dentro de las neurosis con el paso del tiempo y dieron lugar a hipótesis en cuanto a sus causas. Ha sido de gran aceptación la teoría de la causa emocional del trastorno frente a la afectación del intelecto y/o voluntad, dando paso a las teorías de Janet (1903) y Freud (1909) las cuales afianzaron esta concepción.

Luego de un período largo de estancamiento a raíz de una desilusión con los efectos del psicoanálisis en las obsesiones compulsiones, se renueva el interés y es así que a partir del final de los ochenta se empieza a utilizar el término Trastorno Obsesivo Compulsivo. (Huertas, R., 2014)

En la actualidad, las nuevas clasificaciones del TOC se sitúan dentro de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV, y en cuanto al CIE-10 dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, los cuales se detallarán a continuación.

DEFINICION Y CLASIFICACIONES ACTUALES

Es fundamental reconocer la influencia que autores como Freud (1909), Janet (1903), Morel (1866) y otros, tienen en la ubicación del Trastorno Obsesivo Compulsivo en las actuales nosologías como el DSM-IV y CIE-10, antes de exponer sus criterios diagnósticos.

El DSM-III es quien posiciona al TOC dentro de los Trastornos de Ansiedad, al igual que el DSM-IV, la diferencia radica en que en ésta última edición se lo desliga completamente del término neurosis. Gabbard (2002) expresa: “a pesar de la tradición largamente establecida del diagnóstico de neurosis obsesivo-compulsiva, el DSM-III reclasificó al TOC como un trastorno de ansiedad porque la función primaria de una obsesión o ritual parece ser la regulación de la

ansiedad” (p.265). De esta manera, se considera relevante introducirse en los Trastornos de Ansiedad, dando a conocer su conformación y características.

Estos trastornos engloban una serie de cuadros clínicos que tienen como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema (es preciso diferenciar la ansiedad adaptativa de la ansiedad considerada como patológica) y se muestra en disfunciones a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico (Sánchez, O., 2014). La Ansiedad es un sentimiento que lo experimenta la mayoría de las personas, puede ser ocasionado por diversos factores como por ejemplo: un examen importante, una entrevista de trabajo, la percepción de una situación como peligrosa, etc., en fin, acontecimientos de la vida por los que se atraviesa comúnmente. Y los síntomas que generalmente se manifiestan como respuesta de la ansiedad son: temor, rigidez muscular, taquicardia, preocupación, etc. Es necesario mencionar que la ansiedad no es una reacción negativa o patológica en sí, ya que cumple una función importante para la supervivencia de una persona; es un mecanismo de alerta ante posibles peligros o amenazas del medio ambiente. Lo que sí hay que tener en cuenta es su grado y medida para asociarla a lo patológico (Marks, I., 1991).

En cambio, los Trastornos de Ansiedad son trastornos psicológicos en los cuales difiere enormemente el grado de ansiedad a nivel cuantitativo y cualitativo, interfiriendo y teniendo como consecuencia la incapacidad de un individuo para adaptarse de manera “normal” a su entorno (Rodríguez, A., Toro, J. & Martínez, A., 2009). De modo que los síntomas de dicho trastorno son diferentes a los sentimientos de nerviosismo habituales y se expresan como reacciones desproporcionadas e injustificadas ante situaciones ambientales de la vida cotidiana. Las reacciones involuntarias se caracterizan por la recurrencia e intensidad, lo que genera un gran malestar en la persona y afecta negativamente su vida en distintos niveles (Behobi, W., García, F. & Fernández, H., 2013).

En cuanto al TOC, citando a Baer & Jenike, Gabbard (2002) expresa: “las obsesiones son definidas como pensamientos recurrentes ego-distónicos, mientras que las compulsiones son acciones ritualizadas que deben ser ejecutadas para aliviar la ansiedad” (p. 265). Este autor afirma que las quejas de estos pacientes se enmarcan en cinco categorías principales: rituales que incluyen la verificación, rituales que incluyen la limpieza, pensamientos obsesivos no acompañados por compulsiones, lentitud obsesiva y rituales mixtos.

El DSM-IV TR (2001) establece los siguientes criterios para el diagnóstico del TOC:

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

- (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) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., 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 negativa: 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 en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 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 1, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un 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 (p. ej., 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. (p.517)

La CIE-10 a diferencia del DSM-IV, sigue teniendo en cuenta el concepto de neurosis y ubica al TOC dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

El TOC según la CIE-10 (1999):

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (porque 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. 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 que se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a ella. En casos de larga evolución, la resistencia puede

haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente cierto grado de ansiedad. (p.114)

Las pautas a seguir para un diagnóstico adecuado del TOC, para la CIE-10 son las siguientes:

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 obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las siguientes características:

- 1) son reconocidos como pensamientos o impulsos propios
- 2) 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
- 3) la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido) y
- 4) los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos (p. 114).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Si bien el TOC se ha venido considerando un trastorno unitario en los principales sistemas nosológicos psiquiátricos de la OMS y la APA, en la práctica clínica se puede observar grandes diferencias entre los pacientes diagnosticados de TOC, en sus manifestaciones sintomáticas. Entonces, esta enfermedad psicológica puede dar lugar a diferentes manifestaciones clínicas o subtipos clínicos. Mayormente, en un sujeto que padece dicha enfermedad predominan uno o dos subtipos (Belloch et al., 2011).

Sánchez (2014) expresa:

Estas diferencias se detectan tanto en la forma como en el contenido de los síntomas, así como en los diferentes patrones de respuesta al tratamiento que no parecen ser explicables apelando únicamente a factores como la comorbilidad, la duración del trastorno, o aspectos de tipo demográfico (nivel educativo, género, edad, entre otros). (p. 44).

La acumulación compulsiva se ha asociado tradicionalmente al TOC, como un subtipo o categoría más del mismo y se caracteriza por rituales de acumulación (valga la redundancia) de objetos sin ningún valor (sentimental o artístico). Estas personas sufren la imposibilidad de separarse de objetos personales como por ejemplo; revistas, facturas, objetos sin utilidad y algunos juntan cosas que encuentran en la calle o en los tarros de basura. Se da con frecuencia que familiares o vecinos intervienen para resolver esta situación ya que es muy difícil una convivencia con estas personas, la suciedad y la poca higiene que se genera (Frías, A., Palma, C., Barón, F. & Aluco, E., 2014).

Por otro lado se encuentran los “lavadores”, en la mayoría de los casos se trata de mujeres y el comienzo del trastorno es rápido. Las ideas obsesivas son consecuencia de estímulos exteriores y para evitar la situación practican rituales de lavado. Un ejemplo de estos rituales: lavarse las manos 6 veces, o evitar tocar los picaportes de las puertas y abrir utilizando el codo (Del Arco, R., Tornero, M., & García C., 2014).

Los “postergadores” son personas que delegan todo para el día siguiente, tareas de la vida cotidiana hasta las más simples, de tal manera que no pueden llevarlas a cabo sin discusiones y reflexiones internas interminables. Tienen la incapacidad de tomar decisiones y por lo tanto aplazan de manera indefinida. Por lo general son personas con fracasos sucesivos en sus vidas, ya sea en el área profesional o sentimental (Cottraux J., 2004).

Otra de las manifestaciones clínicas es la de los “verificadores” y esta se da de la misma forma en mujeres y hombres y su comienzo es progresivo. Consiste en tratar de prevenir catástrofes futuras: verifican el gas, la electricidad, el automóvil, el lugar donde se encuentran objetos peligrosos y esto se da por miedo a causar una muerte o un accidente. Debido a que el sujeto siempre se encuentra en la incertidumbre, nunca está seguro del futuro, el ritual no disminuye su ansiedad (Valero L., Hurtado F. & Gavino A., 2014).

Otro subtipo clínico es el de los “rumiadores”, algunos de estos pacientes tienen ideas obsesivas con pocas o ninguna actividad ritualizada, a diferencia de las manifestaciones mencionadas anteriormente. Un porcentaje de enfermos sufre rumiaciones que corresponden a la culpa, la duda, el horror, la repugnancia o pensamientos sexuales inaceptables (Cottraux, J. 2004).

Existen, además, otros tipos clínicos como las obsesiones de actos impulsivos o fobia de impulso. Esta obsesión se caracteriza por perder el miedo sobre sí mismo y cometer actos

criminales: apuñalar a alguien de su familia, suicidarse, provocar un accidente y matar a alguien sin darse cuenta. Su actividad ritualizada consiste en, por ejemplo, tomar precauciones especiales para manejar un automóvil, ordenar cuidadosamente los cuchillos, etc. (Belloc, A., Morillo, C. & García, G. 2006).

Por otro lado, los pacientes que tienen obsesiones de orden y simetría necesitan que todo esté limpio y en orden a un grado elevado. Ordenan las objetos, colores, números, ropa, tienen un orden para vestirse, etc. (Belloc, A. et al., 2006).

De manera similar, el TOC en niños se manifiesta como en el adulto: dudas repetidas, verificaciones, tocar ciertos objetos y efectuar gestos repetitivos supersticiosos, compulsiones de contar, etc. Se trata de una forma de TOC bastante grave, cuyo pronóstico no es bueno (Del Arco, R. et al., 2014).

También es necesario hacer mención a las formas o estrategias que utilizan los pacientes para afrontar el TOC. En primer lugar, se intenta neutralizar, poner en orden las cosas a nivel interno. Un ejemplo, cuando se neutralizan los pensamientos negativos con los buenos. “Se entiende por neutralización entonces, cualquier actividad, iniciada voluntariamente, con la intención de reducir el malestar asociado a la obsesión, o cualquier acto mental o de comportamiento, voluntario y que requiere esfuerzo, cuyo objetivo sea eliminar, evitar o atenuar el pensamiento obsesivo” (Belloch et al., 2011, p.23).

Por otra parte, se intenta evitar los estímulos que puedan causar las obsesiones asociadas a compulsiones, ejemplo: tocar objetos en lugares públicos o evitar personas. Este proceso de evitación puede llegar a perjudicar poderosamente al sujeto que padece esta enfermedad, limitando sus actividades y situaciones de la vida cotidiana (Rodríguez, A. et al., 2009).

La reaseguración es otra de las estrategias que entra en juego en el TOC, es un comportamiento de búsqueda de confirmación con el fin de lograr mayor seguridad y disminuir la ansiedad generada por las obsesiones (Rodríguez, A. et al., 2009).

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE EL DSM-IV Y EL CIE-10

Como se puede observar, hay ciertas similitudes y diferencias entre estas dos clasificaciones de las enfermedades mentales (el DSM-IV y el CIE-10). Ambos coinciden en aspectos importantes como la resistencia y la interferencia en la presencia de las obsesiones y compulsiones. Además, toman en cuenta, la capacidad del individuo de considerar las obsesiones como intrusas e intenta ignorarlas o evitarlas. Otro ítem en el que coinciden es en la exclusión del placer (a diferencia de otras enfermedades como por ejemplo; el trastorno alimenticio), ya que estas conductas solo generan angustia y ansiedad en el sujeto.

En cambio, difieren en ciertos criterios como por ejemplo el tiempo de las formaciones obsesivas; el CIE-10 expresa que éstas deben permanecer durante la mayor parte del día o durante dos semanas consecutivas, mientras que el DSM-IV no lo especifica, sí manifiesta la pérdida de tiempo (más de 1 hora al día) que suponen estas conductas.

Otra diferencia existente, es que en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, las compulsiones se realizan para evitar un acto a partir de las conductas obsesivas, en cambio el DSM-IV considera que la compulsión surge como respuesta al malestar provocado por las obsesiones, para disminuir principalmente la ansiedad.

Por otra parte, se considera relevante dar a conocer que en la última edición del Manual de los Trastornos Mentales el DSM-V (2014), ha habido cambios en cuanto al diagnóstico del Trastorno Obsesivo Compulsivo. No se posiciona al TOC dentro de los Trastornos de Ansiedad (como en el DSM-IV), sino que se ha creado un nuevo grupo de trastornos, un espectro obsesivo, agrupados bajo el rótulo de TOC y trastornos relacionados: trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía, trastorno por excoriación, trastorno por acumulación, TOC inducidos por alguna enfermedad médica y TOC inducidos por sustancias (Castelló, T., 2014). Este autor manifiesta que: “estos cambios han obedecido a toda una serie de evidencias en cuanto a similitudes en comorbilidad, neurobiología, circuitos cerebrales implicados, respuesta al tratamiento, que han determinado la conceptualización del TOC y trastornos afines como formando parte de un nuevo espectro fuera de los trastornos de ansiedad” (p. 23). De igual manera, es preciso aclarar que en éste trabajo se incluye y trata al TOC como un trastorno de ansiedad.

RELACIÓN FUNCIONAL DE LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES

Si se remite a los principales sistemas nosológicos antes mencionados, se explica en el DSM IV, por un lado, que la compulsión se realiza en respuesta al malestar provocado por la obsesión y la CIE-10 lo hace basándose en la idea de que ésta surge para evitar un daño o peligro.

Rachman (1972 como se citó en Mataix, 2005) fueron los primeros en sugerir que las obsesiones y las compulsiones tenían una relación funcional. Este autor sostiene que en la mayoría de los casos la compulsión surge como respuesta de la obsesión (como se expresó anteriormente) para “neutralizar” un posible daño, pero puede ocurrir lo contrario (menos frecuente) y la obsesión no da lugar a una compulsión o bien la compulsión aparece sola sin ser originada por una obsesión.

RELACIÓN DEL TOC Y LA PERSONALIDAD

Históricamente han hecho referencia autores como Freud y Janet (como se citó en Cottraux, 2004) acerca de la personalidad premórbida obsesiva (para el DSM IV) y personalidad anancásica (CIE-10). Los síntomas que forman parte de estas descripciones clásicas son: sensación subjetiva de pérdida de interés, concentración y energía, pensamiento ineficaz, inseguridad, perfeccionismo, indecisión, duda, necesidad de orden, inhibición de las relaciones sociales, inclinación a coleccionar o acumular.

Estas características pueden ser toleradas por la persona sin que le cause cierto malestar o la necesidad de resistirse a ellos pero cuando adquieren gran intensidad, les dificulta su adaptación al medio que los rodea, interfiere en su vida personal y en este caso es cuando se puede hablar de un trastorno obsesivo compulsivo (Rodríguez, R., 2008).

Para Freud (1908) las características del erotismo anal (tacañería, ordenancismo y obstinación) predisponían a padecer la neurosis obsesiva, pero no siempre debía ocurrir esta transición.

En cuanto a Tallis (1995 como se citó en Huertas, 2014), en la descripción de Janet sobre las fases que atraviesa esta enfermedad obsesiva en su evolución (estados psicasténicos, agitaciones forzadas y estadio de las obsesiones y compulsiones) se ve sobreentendida 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 sintomática.

Citando a Baer & Jenike, Yaryura & Neziroglu (2001): “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.” (p. 5)

Desde otro punto de vista, Tyrer (2011 como se citó en Rodríguez, 2008) habla acerca de la confusión que conlleva el hecho de que los síntomas fóbicos y obsesivos cuando se manifiestan por muchos años, pueden beneficiar los criterios de rasgo, al considerarse representativos de la personalidad premórbida, sin serlo.

PREVALENCIA

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, el TOC hasta hace unas décadas era considerado un trastorno infrecuente, con una prevalencia estimada baja, entre un 0.5 y un 4% de la población psiquiátrica. De igual manera, los profesionales inmersos en esta cuestión sospechaban acerca de la autenticidad de estos porcentajes ya que muchos de los que padecían estos síntomas no consultaban debido a su carácter absurdo y extravagante (Torres, A., 2000).

A partir de la creación de los manuales estadísticos y sus avances se dio la posibilidad de investigar acerca de los trastornos mentales de la población en general. De modo que los datos epidemiológicos empezaron a situar al TOC como un trastorno más frecuente de lo esperado, en cuarto lugar tras las fobias, el abuso de tóxicos y la depresión mayor.

Estudios más actuales en la literatura consultada, muestran que las tasas de prevalencia estimada para la población en general oscilan entre el 0.6 y el 11% (Vallejo, 2011).

Autores como Vallejo (2011), consideran que este aumento en la prevalencia se puede deber a la confusión entre síntomas compulsivos y obsesivos; se consideran las conductas obsesivas a las derivadas de patologías neurológicas o las que se presentan en los trastornos de control de impulsos.

EDAD DE COMIENZO

La edad de inicio varía, en la mayoría de los casos y citando a Rasmussen & Eisen, Vallejo (2011): “ la edad media de inicio está entre los 22 y 35 años, comenzando en el 65% de los casos antes de los 25 años, y en muy pequeño porcentaje (15%) después de los 35” (p. 420).

Se recaba porcentajes de los artículos estudiados que presentan casos clínicos, al compararlos se puede observar que en la mayoría de ellos la edad de inicio del TOC es alrededor del comienzo de la edad adulta. Y casi la mitad de ellos, habían presentado síntomas obsesivos en la adolescencia.

Hay estadísticas que indican que el TOC de inicio precoz es más frecuente en varones (5-15 años) mientras que el inicio tardío (26-35 años) se da en las mujeres (Vallejo, J., 2011). Estos números podrían dar indicios de ciertos factores desencadenantes en el inicio tardío en las mujeres ya que se lo asocia habitualmente con acontecimientos tales como el postparto, la pérdida de un embarazo, dificultades conyugales y profesionales, etc. (Cottraux, J., 2004).

Se considera relevante señalar que si bien se habla de factores desencadenantes del TOC, como ciertos acontecimientos vitales por los cuales atraviesa una persona, no se pueden desligar de la personalidad previa del sujeto o de otros factores como los culturales, étnicos, etc. (López, M., Barrera, M., Cortés, F., Guines, M. & Jaime, M., 2011). Por ello es muy interesante el debate que se plantea a la hora de buscar una etiología del TOC, ya que hay una enormidad de factores que hay que tener en consideración.

Las formas de inicio habitualmente son más graduales que agudas. Estas formas agudas por lo general se dan en las mujeres y en cuadros clínicos como por ejemplo el de las compulsiones de limpieza, que suele tener un inicio progresivo (Vallejo, 2011).

Por otro lado se presentan los trastornos obsesivos compulsivos en niños, su inicio se da entre los 5 y 11 años, edad en la que difícilmente se sospeche de que el comportamiento del niño se deba a este trastorno. También puede comenzar en la adolescencia que es otra etapa de importantes episodios y acontecimientos (Wiener, M. J. & Dulcan, K. M., 2011).

Soutullo & Mardomingo (2010) basa este argumento en lo siguiente: “desde el punto de vista clínico, el TOC puede comenzar con un único síntoma que persiste a lo largo de meses, o incluso de años, y al que se le irán añadiendo nuevas obsesiones y compulsiones” (p. 113).

En muchas ocasiones, suele pasar mucho tiempo desde la edad de inicio del trastorno hasta que el sujeto consulta por primera vez (Soutullo, E. C. & Mardomingo, S., 2010). Este hecho se debe a su carácter oculto (aunque hoy en día se está revirtiendo esta situación debido a su difusión en los medios masivos de comunicación, como se comentó anteriormente) y esto puede influenciar en el pronóstico de la enfermedad.

EVOLUCION

La mayoría de los autores y estudios consultados indican un curso crónico del trastorno, sin vuelta atrás que evoluciona negativamente hacia un deterioro, en la mayoría de los sujetos que lo padecen. En cambio, hay otro porcentaje que lo hace de forma episódica o fluctuante y que tal vez puedan mejorar con tratamiento y otros casos en los que se mantienen los síntomas o se agravan (Tolin, D., Frost, R., Steketee, G. & Fitch, K., 2011).

Hay que tener en cuenta también, a la hora de estudiar la evolución, los acontecimientos estresantes, si tiene atención psiquiátrica y psicológica, sus trastornos asociados, etc.

Es importante diferenciar a los distintos pacientes: algunos se encuentran socialmente adaptados ya que logran apaciguar los síntomas, hay quienes aún teniendo síntomas (grado leve) se adaptan socialmente, pacientes que a pesar de que sus síntomas han mejorado no se adaptan y otros cuyos síntomas se van agravando y son incapacitantes en su totalidad (Vallejo, 2011).

Cabe destacar que las manifestaciones clínicas pueden variar a lo largo de la enfermedad, tanto las ideas obsesivas como las compulsiones.

Las complicaciones de una posible evolución son las dificultades conyugales, profesionales, la depresión y en los casos más extremos, el suicidio, la imposibilidad de vivir sin asistencia por parte de otras personas o de una institución (Cottraux, J., 2004).

En resumen, el TOC suele evolucionar de manera continua y crónica pero no con la misma intensidad e interferencia, depende del caso.

PRONOSTICO

Se consideran factores de buen pronóstico, la adaptación social y la personalidad del sujeto, el corto período de tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera consulta, la ausencia de sintomatología en la infancia, síntomas leves, curso episódico.

Por otro lado y citando a Thomsen, Vázquez et al. (2003): “El TOC se ha considerado tradicionalmente una entidad asociada a la cronicidad, lo cual ha generado tendencia al subdiagnóstico, intentos por mirarlo como un fenómeno transitorio y algún grado de temor a usar esta clasificación” (p. 253). Esto puede llevar a que no se le dé un tratamiento adecuado y por lo tanto favorecer la cronificación. Un mal pronóstico es influenciado por un inicio precoz, antecedentes familiares en el TOC, personalidad premórbida patológica, síntomas depresivos y psicóticos (Torres, A. & col., 2007).

Es importante informarse y actualizar los factores que puedan servir como predictores de pronóstico para hacer un seguimiento más enfocado a las necesidades de los pacientes y poder brindar una adecuada orientación y educación al mismo y su familia, una vez que se haya realizado el diagnóstico (Vázquez, R. et al., 2003).

Existe la posibilidad de que algunos pacientes, a lo largo del tiempo y gracias a un tratamiento adecuado, puedan aprender a convivir con sus síntomas y que éstos le generen el menor malestar e interferencia posible (León, L., Lahera, G. & López, F. 2014).

TOC EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Se considera necesario dedicar un apartado, en este trabajo, a la cuestión del trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y la adolescencia ya que dicha patología frecuentemente se inicia en una de estas etapas del desarrollo evolutivo.

En estudios realizados en niños, la edad promedio de inicio se ha encontrado entre 5.8 y 11.6 y el inicio precoz es más frecuente en varones (Vallejo, 2011). La dificultad radica en distinguir las compulsiones de los juegos y el carácter egosintónico de los síntomas, suele ocurrir que debido a esta cuestión el diagnóstico se realice tiempo después de iniciado el cuadro.

En cuanto a la sintomatología, es similar a la del adulto y predominan las repeticiones de los actos (con más frecuencia que en los últimos), los rituales de limpieza y las comprobaciones. Citando a Toro, Soutullo et al. (2010) expresa:

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) (p.117)

Además se ha estudiado la comorbilidad de niños y adolescentes que padecen TOC y se conoce que a lo largo de su vida habían padecido otro trastorno, los más frecuentes son: trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos por tics y trastornos alimentarios (Marcelli, D. & Braconnier, A., 2005).

La evolución del trastorno (si se recibe un tratamiento adecuado) puede ser favorable en cuanto a mejorías importantes pero no se revierte completamente. De cara al pronóstico, es desfavorable si los síntomas persisten y agravan tras cinco semanas de tratamiento; la presencia de acontecimientos estresantes; la presencia de comorbilidad; enfermedad psiquiátrica en los padres, etc. (Wiener, M. et al., 2011).

CONSIDERACIONES ACERCA DE SU COMORBILIDAD

El TOC es un cuadro clínico que como el resto de los trastornos de ansiedad, no se presenta de manera aislada, con frecuencia se encuentra asociado a otros desordenes entre los cuales se encuentran: otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, vinculación con abuso de sustancias, enfermedades neurológicas y otros trastornos dentro del espectro obsesivo compulsivo.

La gran comorbilidad que presenta el TOC, puede encubrir o disfrazar su diagnóstico lo que puede generar una influencia en la evolución del trastorno y consecuentemente en un posible tratamiento (Torres, A. et al., 2007). Por esta razón, es preciso investigar en profundidad su comorbilidad para evitar confusiones, conocer la enfermedad en su totalidad, sus vínculos, categorizar y jerarquizar las patologías comórbidas que posee, desarrollar un diagnóstico

diferencial para poder brindar un pronóstico certero y una estrategia terapéutica adecuada para esta problemática.

Los trastornos depresivos poseen mayor coexistencia con los trastornos obsesivos, es la comorbilidad más frecuente y estudiada hasta la actualidad. Lo que sucede es que habitualmente, el sujeto que padece de TOC esconde sus rituales por miedo a parecer “loco” y por lo tanto el trastorno permanece oculto. “Parece que ambos trastornos, aún siendo diferentes, comparten una cierta predisposición, de forma que la presencia de uno favorezca la aparición de otro” (Vallejo, 2011, p.22).

Esta asociación de trastornos se puede explicar de la siguiente manera: los obsesivos practican rituales cada vez más restrictivos, dominan prácticamente toda su vida y ya no logran ejecutarlos del todo y no les alcanzan los días para ello. Se frustran debido a que sus rituales son inútiles, a su vez son criticados por los demás y su resultado no los tranquiliza ni satisface sino todo lo contrario, perturba su vida cotidiana. A medida que avanza el trastorno, va aumentando la sensación de displacer y apatía, suelen tener pensamientos negativos y distorsiones cognitivas. Son personas que sobredimensionan los fracasos, los acontecimientos negativos, minimizando los éxitos, tienden a desvalorizarse. Por este motivo es que caen fácilmente en la depresión, lo que les lleva a pedir ayuda (Soutullo, E. C. & Mardomingo, S., 2010).

Es importante destacar que en el trastorno depresivo, se puede observar rumiaciones e ideas obsesivas pero esos pensamientos por lo general tienen un contenido más específico, se corresponde con el estado de ánimo y no se consideran absurdos (Cottraux, J., 2004). Según Soutullo & Mardomingo (2010): “en este trastorno no se realizan actos reiterados para neutralizar el malestar generado por las cogniciones” (p.116).

También es muy frecuente la relación del TOC con otros trastornos de ansiedad. Al comparar porcentajes de los artículos académicos estudiados, se puede observar en las poblaciones clínicas estudiadas que aproximadamente la mitad de personas que padecen este trastorno, sufrieron a lo largo de sus vidas un trastorno de ansiedad adicional a este. Los trastornos de ansiedad comórbidos más comunes son los siguientes: trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico, y fobias específicas (Torres, A. & col., 2007).

Dentro de este espectro de trastornos mencionados, se destaca aún más la Fobia social (sobre todo en el inicio temprano del TOC) ya que se caracteriza por un miedo intenso y constante a

las situaciones en las que el sujeto se pone en contacto con otros. Tiene miedo de actuar ante los demás de manera vergonzosa y de provocar opiniones negativas por parte de otros (Stewart, E. & Col. 2008).

De modo que hay ciertos rasgos comunes de la Fobia social con el TOC; sentimiento de inferioridad acentuado, el juzgarse negativamente, desvalorizándose y también el miedo a ser juzgados por los demás.

Los resultados de estudios académicos y clínicos también han demostrado la comorbilidad del TOC con trastornos de la personalidad, especialmente el de la personalidad evitante, dependiente, obsesivo-compulsivo, histriónico y esquizotípico.

Para despejar dudas, es importante aclarar la diferencia existente entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo. Si bien estas dos enfermedades tienen elementos en común, en el TOCP hay ausencia de obsesiones y compulsiones, pero ambos pueden existir en un sujeto al mismo tiempo (Gabbard, 2002). De todas maneras, hay estudios que relacionan los patrones del trastorno obsesivo compulsivo con el del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad; su relación con el orden, el perfeccionismo, el control mental, etc.

Los trastornos de la personalidad de acuerdo con los manuales diagnósticos y estadísticos de la American Psychiatric Association (2002), se definen como:

“un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad 7 adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para la persona “(p. 47)

Los trastornos de la personalidad afectan la calidad de vida, conllevan pautas inapropiadas de respuestas al estrés, aumentan la vulnerabilidad a los trastornos mentales y generan afecciones en el rendimiento (Millon, D., 2000).

Según la American Psychiatric Association (2000):

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre sí mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un

malestar subjetivo. Se hace necesario diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias) (p.47).

Actualmente se investiga a la esquizofrenia en relación a los desordenes obsesivos compulsivos, y si bien hay comorbilidad entre ambos, la probabilidad es muy baja. Y en el caso de los sujetos que padecen estas dos entidades al unísono, la posibilidad de una evolución de la esquizofrenia es pequeña (Rincón, D., 2006). Hay que mencionar que a lo largo de los años, se ha debatido acerca de esta asociación y “la literatura científica se ha orientado a la validación de una nueva entidad clínica denominada “trastorno esquizo-obsesivo”, propugnándose su inclusión en un continuo nosológico cuyos extremos sean representados por la esquizofrenia y el TOC” (Frías, A., Palma, C. & Farriols, N. 2014).

Por otro lado, se ha observado la prevalencia del TOC con los trastornos de conducta alimentaria y esta asociación se explica basándose en la hipótesis de que ambos cuadros comparten aspectos neuropsicológicos dentro del espectro obsesivo-compulsivo, a causa de una falla en la regulación del sistema serotoninérgico (Behar, R. et al., 2008).

Citando a Thiel et al., Behar et al. (2008) señalan:

Los pacientes con TCA y TOC poseen un mayor grado de obsesiones y compulsiones en torno a la conducta alimentaria, la figura y el peso corporal. Estas manifestaciones reiterativas, de características intrusivas, ocupan la mayor parte del tiempo, se viven con ansiedad y egodistonia, y conllevan comportamientos estereotipados de pulcritud, orden y manipulación de alimentos, de la balanza y de la vestimenta (p. 30).

Se conoce poco acerca de la asociación con Trastornos de consumo de sustancias y aunque estas dos manifestaciones son bien distintas, en los pocos casos publicados, se observa en personas cocainómanas la conducta compulsiva de búsqueda y también obsesiones-compulsiones en sujetos intoxicados con alucinógenos y opiáceos (Stewart, E. & Col. 2008).

No solo se asocia al TOC con otras enfermedades mentales sino que también se pueden encontrar síntomas que no llegan a configurar un trastorno. La ansiedad es un síntoma que se presenta en todos los subgrupos de obsesivos, a su vez se encuentran otros como la depresión y la hostilidad. Por otra parte, la irritabilidad se relaciona de manera general en todos los cuadros obsesivos y los síntomas disociativos se relacionan con mayor gravedad de la enfermedad obsesiva y mayor probabilidad de que coexista un trastorno de personalidad.

Los síntomas obsesivos también se encuentran en pacientes hipocondríacos y los temores y creencias hipocondríacas también son frecuentes en obsesivos, pero en menos medida (Franklin, M. et al., 2012).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es preciso, además, realizar un diagnóstico diferencial (como se mencionó anteriormente) con el objetivo de no confundir esta psicopatología con otras enfermedades. Pero lo cierto es que en general no resulta demasiado complejo diagnosticar un TOC y esto se debe a la existencia de rasgos de la personalidad obsesiva, el carácter intruso y parásito de las ideas, los temores, pensamientos, actos, rituales, conciencia de enfermedad, etc. (Leonard, H., Ale, C., Freeman, J. & García, A., 2005).

Según el DSM IV- TR (2001): “El trastorno obsesivo compulsivo debe diferenciarse del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Debe considerarse esta última cuando las obsesiones o compulsiones se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad subyacente” (p. 514).

Las impulsiones que aparecen en muchos trastornos; neurológicos (epilepsia, enfermedad de Gilles de la Tourette, etc.) y psíquicos (trastornos control de impulsos, trastornos de la personalidad, etc.) son fenómenos automáticos, irresistibles, por eso cabe diferenciarlos a las compulsiones del TOC, ya que éstas son reflexivas, ideativas y controlables en cierto punto (Vallejo, J. 2011).

En cuanto al trastorno de ansiedad inducido por sustancias, éste se diferencia del TOC ya que las obsesiones y compulsiones provienen del consumo de la sustancia (drogas, fármacos, tóxicos) (DSM IV-TR, 2001).

Por otro lado, se debe diferenciar a la esquizofrenia del trastorno obsesivo compulsivo, sucede que muchas veces se plantean dudas en cuanto a su diagnóstico debido a la irracionalidad y gravedad de algunos TOC. En la esquizofrenia, las obsesiones planteadas son más extravagantes y delirantes, además se viven con indiferencia y sin conciencia de enfermedad. El paciente la acepta pasivamente a diferencia de la persona que padece de desorden obsesivo compulsivo, éste último lucha contra esta idea (Vallejo, J. 2011).

También pueden surgir dudas diagnósticas entre el TOC y la depresión; en ésta puede haber ideas obsesivas y dudas pero se viven de una manera pasiva, no implican rituales. Su aparición y desaparición se vinculan directamente con la duración del trastorno depresivo (Rincón, D. & Salazar, L. 2006).

El DSM IV- TR (2001) hace mención a la diferencia existente entre el TOC y el trastorno de ansiedad generalizada. Dicho trastorno “se caracteriza por preocupaciones excesivas, que se diferencian de las obsesiones por el hecho de que el individuo las experimenta como una inquietud excesiva referente a circunstancias de la vida real” (p. 515).

Además, se debe tener en cuenta el carácter de las ideas que se asocian con el miedo a sufrir una enfermedad, si son recurrentes, excesivas y basadas en ninguna evidencia física, en vez de un posible TOC, se debe diagnosticar una hipocondría. La confusión radica en que muchas veces la preocupación por estar padeciendo una enfermedad, lleva a rituales de lavados y comprobación (Rincón, D. et al., L. 2006).

Los trastornos alimentarios, el juego patológico, las conductas sexuales patológicas y el consumo de sustancias, son de carácter compulsivos cuando se manifiesta de manera excesiva, pero como reciben placer a través de las actividades mencionadas, hay que separarlas del TOC. Y esto se explica ya que las compulsiones del último se llevan a cabo pura y exclusivamente para calmar la ansiedad y no por la búsqueda de placer (DSM IV- TR, 2001).

Entonces, para concluir con este apartado, para diagnosticar correctamente al TOC hay que tener en cuenta ciertos aspectos básicos caracteriales del mismo; la pérdida significativa diaria de tiempo en rituales para calmar su malestar, entre otros.

MODELOS ETIOPATOGÉNICOS

Son varias las teorías y autores que intentan explicar las causas del Trastorno Obsesivo Compulsivo, pero todavía se desconoce una etiología concreta. Sí se conoce que hay factores genéticos que forman parte de esta enfermedad pero no se sabe el modo de transmisión. También se da a conocer que, en algunos casos, puede ser causada por un motivo desencadenante como puede ser; enfermedad, divorcio o problemas de pareja, la muerte de un ser querido, etc. (Saint, A., 2008).

Otra cuestión a tomar en cuenta es la educación que se le proporciona al individuo, (rígida e inflexible), la cultura, el contexto social en el cual está inmerso. Los acontecimientos de la vida por los que atraviesa y los factores ambientales pueden desempeñar un rol fundamental en el desarrollo del TOC, estos factores se estudian en la actualidad (Garijo, P. & Ruiperez, A., 2012).

A continuación se detallará cada uno de los modelos relevantes y más recientes (ya que los modelos que surgieron de la psiquiatría de finales del siglo XIX ya se abordaron en la reseña histórica) que intentan explicar el origen causal del TOC desde su propia perspectiva.

Los síntomas de este trastorno parecen acercarse al comportamiento normal humano en ciertos aspectos en algunas tradiciones culturales, a diferencia de otros trastornos mentales, por ejemplo; hay sociedades o religiones en las cuales se practican determinados rituales de manera tradicional y el sujeto que padece de esta enfermedad, en algunos casos, se arraiga a ciertas creencias y tipo de “pensamiento mágico” tratando de controlar al mundo a través de rituales. Esto puede generar confusión y se puede pasar por alto esta característica como síntoma de una enfermedad mental (Saint, A., 2008).

Sin embargo, hay estudios epidemiológicos que muestran que las diferencias culturales tienen muy poca influencia en la etiología del TOC ya que los síntomas de esta enfermedad son similares a los de otras culturas, sin embargo Stefano Pallanti (2008) expresa que “los síntomas a menudo adquieren características de la cultura del paciente” (p.261). De igual manera, este autor también hace referencia a que el trastorno obsesivo compulsivo está más relacionado con la neurobiología que con las diferencias culturales.

Por otro lado, en la actualidad se informa acerca del rol que toma el lóbulo frontal del cerebro, las alteraciones en sustancias como la serotonina que posiblemente pueda estar implicada en las causas del trastorno obsesivo compulsivo. Se busca los sustratos génicos y neuronales subyacentes de las dimensiones sintomáticas del mismo (Navarro, F. & Puigcerver, A., 1998).

Yaeyura & Nezirogiu (2001) proponen un teorema del trastorno obsesivo compulsivo y relacionan su sintomatología con la localización anatómica. Dichos autores expresan:

La operabilidad fisiológica indica que el TOC es una experiencia del pensamiento y la conducta, que precisa del movimiento, el afecto, la volición y la acción somatosensorial para expresarse. Esta operabilidad se lleva a cabo a través del mundo interior y circundante del paciente. Para que esto ocurra se activan preceptos internos y externos que movilizan recepciones y descargas intelectuales y somatosensoriales. (p.12)

Siguiendo con esta línea, dichos autores adjudican que el TOC se asocia directamente con el aspecto orbitofrontal, el anillo límbico, el giro circundado y la base cortical del cerebro. De modo que estas zonas son consideradas fundamentales para el funcionamiento de esta enfermedad mental.

Se argumenta a favor de este modelo biológico que hay un hiperfuncionamiento del núcleo caudado y de las regiones orbitofrontales y temporales, la ventaja es que estas anomalías se pueden revertir de manera rápida y eficaz con tratamientos farmacológicos, los cuales se tratarán posteriormente, en detalle. Cottraux (2004) afirma: “se trataría de un estado y no de una lesión o de un proceso estable. En efecto, tanto la terapia conductual como los medicamentos contribuyen a disminuir los excesos de la actividad frontal” (p.8).

La región frontal del cerebro se encarga de la integración cognitiva de los estímulos obsesivos y la orbitofrontal se activa a partir de la estimulación auditiva por pensamientos con contenidos obsesivos (García, G. & Col., 2008).

Cabe destacar que la asociación etiológica del TOC con los modelos anatómicos se han establecido mediante electroencefalogramas, imágenes de resonancia magnética, tomografías cerebrales computarizadas e incluso hasta por estudios del flujo sanguíneo cerebral.

En cuanto a la hipótesis neuroquímica del TOC, se basa en alteraciones de la serotonina con la participación de otros neurotransmisores, con una marcada influencia en dicha patología. La serotonina actúa como un neurotransmisor inhibitorio, inhibe la conducta, evita el peligro y además modula la actividad de la dopamina que es un neurotransmisor que se asocia a la búsqueda de la novedad, de sensaciones, de la exploración. Otro neuromediador implicado es la noradrenalina, el cual regula el mantenimiento de las conductas (García, G., Belloch, A. & Morillo, C., 2008).

Las neuronas serotoninérgicas centrales se relacionan con la inhibición de la conducta y el control de los comportamientos impulsivos, permiten soportar una demora antes de pasar al acto y justamente las personas con conductas obsesivas tienen como característica principal el no poder tolerar una demora entre una idea o pensamiento intruso y el acto compulsivo, que es el que neutralizará el peligro que genera esta idea (León, T. et al., 2014).

Existen además, perspectivas evolutivas y del desarrollo para explicar las causas del Trastorno Obsesivo Compulsivo y uno de los autores que profundiza es Gesell. Este manifiesta que al segundo año de vida muchos niños desarrollan una serie de rituales, hábitos y rutinas las

cuales se parecen al TOC, a estas rutinas rígidas las denomina “ritualismos de ritualista”. Gesell (2009) afirma que “los niños se enzarzan en rituales para superar algunas tareas en una época específica del desarrollo, por ejemplo, tareas de nutrición, de limpieza o de cómo vestirse” (p.1). En cuanto a la conducta de acumulación, tiende a crecer hasta los seis años.

Dicho autor concluye que las conductas obsesivo-compulsivas se manifiestan de manera evolutiva y considera que éstas tienden a reaparecer en estadios específicos del desarrollo, como al momento de enamorarse o al nacer el primer hijo. Entonces se puede decir que esta patología, vista desde esta perspectiva evolutiva, resulta de una secuencia del desarrollo en la que los factores familiares, genéticos y ambientales son de gran importancia.

Otro modelo que intenta explicar la etiología del TOC es el cognitivo y según él, Cottraux (2004) expresa: “las obsesiones se deben a interpretaciones erróneas y catastróficas que sobrestiman la importancia de los pensamientos, de las imágenes mentales y de los impulsos antisociales, tan comunes en los sujetos sanos como en las personas que sufren de TOC” (p.9). El sujeto que padece de este trastorno, es “atacado” por un pensamiento intrusivo, consecuentemente lo evalúa y esto provoca rechazo, pensamientos negativos automáticos en contra de ellos, ejemplo: “es horrible pensar esto”. A raíz de ello, la persona intenta controlar, reprimir o eliminar dicho pensamiento y esto se traduce en los actos mentales tales como contar, comportamientos de limpieza, lavado, verificación, etc.

Entonces lo que esta teoría intenta exponer acerca de este mecanismo; se debe a su vinculación con esquemas de peligro, de culpabilidad, de inferioridad, de responsabilidad que pertenecen a la memoria a largo plazo. Esto se da de manera inconsciente y las compulsiones se generan de manera automática, sin que el sujeto perciba su significado (Rodríguez, A. et al., 2009).

Se debe considerar, además, el factor biológico-hereditario; cuanto mayor es el grado de parentesco con una persona afectada por esta enfermedad mental, mayores son las probabilidades de sufrir el trastorno. Esta hipótesis se basa en la recolección de datos en los estudios realizados en las últimas décadas y la investigación sobre esta temática-problemática sigue su curso (Gesell, 2009).

Lo cierto es que no se conoce exactamente una causa concreta, aunque sí se sabe que no surge como respuesta a un conflicto intrapsíquico ni tampoco a un conflicto sexual reprimido como decían teorías psicoanalíticas antiguas, pero estudiando y recabando información sobre

los factores biológicos, sociales y psicológicos se pueden explicar las alteraciones encontradas. De esta manera, se puede deducir que existen diversos agentes implicados en su aparición.

TRATAMIENTO

A pesar de la gravedad de este trastorno y la incapacidad que genera, es muy bajo el porcentaje de personas que acuden a un tratamiento, su abordaje ha sido problemático tradicionalmente, y esto se puede dar por diferentes motivos; el TOC es difícil de agrupar nosológicamente (si bien se lo considera un trastorno unitario), debido a su heterogeneidad en cuanto a lo etiológico, manifestaciones sintomáticas, etc., es complejo su diagnóstico y consecuentemente un tratamiento adecuado (Mataix, D. & Leckman, J., 2005).

Por otro lado, esta enfermedad muchas veces genera vergüenza o incomprensión en las personas que la padecen y mantienen en secreto sus síntomas y como consecuencia no buscan ayuda profesional. Lo que ocurre con frecuencia es que acudan a un tratamiento por los trastornos comórbidos que posee el TOC y no por el trastorno propiamente dicho (Torres, A. et al., 2000).

A lo largo del tiempo se han mostrado diferentes tratamientos, algunos más eficaces que otros y por eso es preciso adentrarse en cada uno de ellos.

Desde los inicios de la búsqueda de un posible tratamiento para el TOC, han tomado prioridad los procedimientos de exposición, específicamente la exposición con prevención de respuesta (EPR). Según Carriajo (2008) “El tratamiento incluye la exposición del paciente a todas las situaciones evitadas y estímulos temidos, mientras que se les alienta a bloquear todo comportamiento que prevenga o finalice la exposición.” (p.17). El paciente debe ponerse en contacto durante cierto período de tiempo con la situación o el objeto al cual teme, de este modo se produce un incremento de la ansiedad y ésta va aumentando de manera progresiva y a medida que avanza el tiempo de exposición, llega a su máximo nivel y comienza a descender. Este procedimiento es gradual, se debe repetir diariamente, en la cotidianeidad y prolongado en el tiempo (León. L., Lahera, G. & López, F., 2014).

Para que el tratamiento resulte eficaz, la exposición debe durar hasta que la ansiedad desaparezca y citando nuevamente a Carriajo (2008): “se aconseja seguir el siguiente orden de estrategias terapéuticas: 1- contrato conductual, 2- psicoeducación, 3- exposición y prevención

de la respuesta, 4- tratamiento de las compulsiones encubiertas (rumiaciones, detención y bloqueo del pensamiento) y 5- modelado de aplicación de técnicas realizado por los terapeutas” (p. 17).

Se debe destacar la importancia que tiene que el terapeuta le explique al paciente cómo funcionan las ideas obsesivas y que para abandonarlas debe adoptar una actitud de aceptación en dicho tratamiento. El someterse a la exposición hace que el paciente se acostumbre al pensamiento indeseado y al repetirla en el tiempo, provocará que el pensamiento sea menos conflictivo y disminuya la ansiedad. Dicho tratamiento ha mostrado buenos resultados en cuanto a su respuesta y es considerado el más eficaz en los estudios realizados hasta la actualidad (aunque distan de ser óptimos) (Behobi, W., García, F. & Fernandez, A., 2013).

Por otro lado, ha surgido la Terapia de Aceptación y Compromiso tratando de superar las “limitaciones” de la EPR. La misma se basa en la premisa de que ésta última (si bien resulta eficaz en una tasa elevada, como se mencionó) es demasiado intensa y somete a los pacientes a situaciones desagradables durante un período de tiempo significativo. León et al. (2014) expresan lo siguiente:

El surgimiento de la TAC supone una nueva forma de tratamiento para los trastornos de ansiedad que se basa en dar a la gente la oportunidad de experimentar ansiedad sin estar luchando con la ansiedad. Esto es lo que la ATP llama flexibilidad psicológica: la participación en las conductas positivas en lugar de tratar de evitar dificultades, experiencias y emociones (p. 726).

Además, conjuntamente con la aplicación de EPR a esta enfermedad, se han utilizado de la misma manera los psicofármacos. Durante mucho tiempo el fármaco usado ha sido la clomipramina, el cual es un antidepresivo y más adelante, aparecen nuevos fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Este último tiene como ventaja la menor cantidad de efectos secundarios en comparación con la clomipramina (Yaryura, J., 2001).

Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son más efectivos que otros en el tratamiento del TOC, y según resultados obtenidos de estudios controlados, la droga fluoxetina, demuestra tener ventaja sobre otros ISRS (Dominguez, R., 1996).

También se ha comprobado que la fluoxetina ha tenido éxito en su aplicación a niños y adolescentes, lográndose porcentajes de mejorías en un 50% (Rosa, A., Iniesta, M. & Rosa, A., 2013).

Citando a Aronowitz, Vallejo (2011):

“contar con un buen tratamiento psicológico y con un tratamiento psicofarmacológico adecuado es un buen punto de partida para la práctica clínica y la investigación. Además, en este caso y a diferencia de otros trastornos de ansiedad, no parece darse una contraindicación de ambos tratamientos, sino al contrario pueden cooperar e incluso potenciarse” (p.424).

Otro de los tratamientos relevantes para tratar este trastorno son las denominadas terapias cognitivas, sin embargo, no puede hablarse específicamente de un tratamiento cognitivo sino de aportaciones cognitivas dentro de la EPR.

Estos modelos cognitivos manifiestan que los problemas obsesivos provienen de la forma en que se interpretan los pensamientos intrusos. Estas terapias se centran en cambiar creencias como por ejemplo; la intolerancia a la incertidumbre, el control excesivo de los pensamientos y cuestionar esos sistemas irracionales. Se hace hincapié en el papel que juegan los pensamientos, de cómo se interpretan y valoran los pacientes estos pensamientos intrusivos y obsesivos. Es decir, se le enseña a los sujetos a observar sus propios fenómenos y a modificar el sistema de defensa: pensamientos automáticos, pensamientos neutralizantes y rituales en reacción a estos pensamientos intrusivos (Montero, C., Fernández, C. & Rodríguez, J., 2013). Siguiendo a Dávila (2014): “el objetivo del tratamiento sería entonces que la persona aprenda, se concencie e interiorice que los pensamientos intrusivos no indican una necesidad de acción y pueden ignorarse. Así la solución práctica implicaría experimentar y reestructurar la cognición” (p. 60).

Carcedo & Vindel (2008), concluyen que:

“la inclusión y énfasis en las técnicas cognitivas como base de la exposición, no solamente se ha reducido la sintomatología sino que los cambios se han mantenido en el seguimiento e incluso en algunos casos ha mejorado viéndose reforzada la hipótesis que mantiene que el uso de técnicas cognitivas podría tener un efecto profiláctico de cara a la prevención de recaídas” (p.336).

La psicoterapia también se utiliza como método para tratar el TOC, especialmente los enfoques de orientación psicoanalítica y se pueden observar los antecedentes en el escrito clásico de Freud de 1909 sobre “El hombre de las ratas”, el cual introdujo la neurosis obsesivo-compulsiva al psicoanálisis con una formulación psicodinámica muy buena y convincente de los síntomas.

Este autor da a conocer en su obra cómo se debe tratar a la neurosis obsesiva y manifiesta que no se debe esperar encontrar una explicación inmediata de las ideas obsesivas, las cuales son disparatadas. En esta técnica psicoanalítica, el médico está obligado a reprimir su “curiosidad” y debe dejar que el paciente sea quien ponga orden a la sucesión de temas que surgen en el análisis (Freud, 1896).

Como ya se ha dado a conocer, dicho autor tiene la creencia de que el cuadro neurótico encuentra su etiología en factores de la vida sexual, de modo que para orientarse a un resultado o tratamiento eficaz de este padecimiento, se debe interrogar a los pacientes sobre su vida sexual hasta lograr un total esclarecimiento (Freud, 1896).

Freud (1896) expresa: “las causas sexuales son las que antes ofrecen al médico un punto de apoyo para su acción terapéutica. La herencia es indudablemente un factor importante cuando realmente existe, pues permite la emergencia de graves defectos patológicos en casos que sin ella hubieran sido leves” (p. 5)

Como ya se conoce, las ideas obsesivas se presentan disparatadas, y para Freud (1896 citado en Huertas, 2014) la labor del psicólogo es darles un sentido y un lugar en la vida anímica del individuo para poder comprenderlas. Se requiere de un análisis muy profundo y adecuado para poder evidenciarlas, aún más cuando se trata de ideas sumamente extravagantes y para ello es importante relacionar cronológicamente estas ideas obsesivas con la vida del paciente. Se debe investigar cuando surgió por primera vez cada una de ellas y en qué circunstancias suele repetirse.

Actualmente, autores como Gabbard & Glenn (2001) justifican lo siguiente del porque de la utilización de este enfoque psicoanalítico:

“los síntomas determinados biológicamente tienen significados inconscientes para el paciente que pueden llevarle a dedicar mucho esfuerzo en mantener los síntomas. También los factores psicodinámicos pueden estar involucrados en provocar que los síntomas se desencadenen y exacerben. Además, las compulsiones y los pensamientos obsesivos tienen casi siempre significados interpersonales que hay que abordar” (p. 1).

Los autores mencionados consideran lo siguiente: en muchos casos ocurre que debido a los rasgos caracteriales de los individuos que padecen TOC, se debilitan los esfuerzos terapéuticos, de modo que sería necesaria una terapia con orientación psicoanalítica para tratarlos.

Cabe destacar que la utilización de la psicoterapia psicoanalítica también se la considera como un componente más dentro de una estrategia global de tratamiento y no como una terapia aislada. Esto se puede evidenciar en la siguiente cita de Gabbard (2001) al expresar que: “un clínico psicodinámico puede prescribir un inhibidor de la recaptación de la serotonina a un paciente con TOC y a la vez pensar en las interacciones con el paciente desde una perspectiva psicodinámica” (p. 3).

Como en todos los tratamientos hay ventajas y desventajas, en el caso de este enfoque lo que sucede es que los pacientes se aferran a sus síntomas por lo que significan para ellos, de modo que pueden no mostrar interés en realizar dicho tratamiento e incluso no cumplir con la medicación (Huertas, 2014).

Por otro lado, se conoce que los pacientes con TOC presentan dificultades a la hora de relacionarse con su entorno, tanto con los miembros de su familia como en el trabajo y diversos ámbitos sociales. Y estos enfoques psicodinámicos son de gran ayuda a la hora de afrontar estos problemas de relacionamiento que causa esta enfermedad. Al identificar qué es lo que le causa estrés o ansiedad al sujeto y cuáles son los significados particulares, puede ser útil no solo para el paciente sino también para su familia y entorno, para tener en cuenta los acontecimientos que manifiestan el trastorno. De esta manera se puede reducir su impacto o tratar de evitarlos (Gabbard & Glenn O., 2001).

El TOC y como se ha mencionado anteriormente, tiene una base neurobiológica, y ésta conduce a determinados patrones inconscientes en las relaciones que al manifestarse provocan problemas y conflictos. Entonces, desde esta perspectiva psicoanalítica, su tratamiento permite analizar la evolución de la transferencia-contratransferencia con el fin de ayudar a los pacientes a entender sus problemas relacionales (Ingelmo, 2009).

Otra cuestión a favor para el uso de estas estrategias terapéuticas se fundamenta en el hecho de que muchos pacientes tienen temas caracteriales (como ya se ha comentado) que actúan como resistencias en los tratamientos como la terapia de conducta o la farmacología.

Además es preciso mencionar la psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional que introdujo en su obra Hugo Bleichmar (2009) para la búsqueda de un tratamiento relevante de los trastornos. El objetivo de este autor es aportar sus teorías explicativas del funcionamiento psíquico, los recursos técnicos para posibilitar el cambio psíquico y las transformaciones mentales.

Bleichmar (2009) se centra en el inconsciente como estudio principal del psicoanálisis, las reglas que lo gobiernan, su constitución, estructuración y trata acerca de cómo lo inconsciente se manifiesta en funcionamientos psíquicos normales y patológicos. El autor afirma: “ las formas patológicas como trastorno se explican siempre desde los puentes que unen las múltiples maneras de estructuración psíquica inconsciente con una etiopatogenia diversa, que da lugar al enfermar psíquico y permite trazar rumbos para pensar los recursos psicoterapéuticos interpuestos para el cambio terapéutico” (p. 2).

Este enfoque Modular del psiquismo se basa en la idea y en la dinámica de lo inconsciente como plural, sus diversas inscripciones y memorias y estas diferencias llevan a concluir que debido a la pluralidad del funcionamiento psíquico, no se lo puede tratar desde una sola técnica psicoterapéutica. Esta cuestión se evidencia en el hecho de que a pesar de estudiar en profundidad el psicoanálisis, Bleichmar (citado en Méndez, 2009) toma en cuenta a la neurociencia, la psicología cognitiva, la lingüística, el funcionamiento mental y las transformaciones psíquicas para sus estrategias terapéuticas.

Desde el punto de vista del Enfoque Modular-Transformacional se da importancia a reformular y actualizar conceptos ya que se considera que ciertas ideas tradicionales sobre el funcionamiento psíquico son limitadas para poder construir estrategias terapéuticas. Y es por esto que Bleichmar (2009), en su obra propone examinar si es válido seguir sosteniendo la teoría de las pulsiones como único motor del psiquismo e instala la idea de una organización psíquica transformada por diferentes fuerzas y motivaciones. Dicho autor expresa (2009): “en la coexistencia de diversos sistemas motivacionales, lo pulsional no pierde su relevancia, sino que la comparte con otras fuerzas psíquicas: motivaciones de lo auto/heteroconservativo, motivaciones de apego, motivaciones del narcisismo, motivaciones de lo sexual/sensual/agresivo, necesidad de la regulación psicobiológica” (p.3).

Entonces, este enfoque contradice el principio de homogeneidad freudiano que explica el funcionamiento psíquico; en éste se habla de un inconsciente singular, lineal y homogéneo y

centra a la sexualidad como único causante de todo lo que procede de la psiquis, en cambio Bleichmar (2009) habla de un inconsciente plural y múltiple.

Cabe destacar la importancia que tiene para este autor contextualizarse en tiempo y espacio, conocer la historia del sujeto, los momentos vitales particulares por los cuales atraviesa. Bleichmar (2009) manifiesta: “las diversas dimensiones en que debemos operar desde la psicoterapia al considerar la importancia de la deconstrucción de las manifestaciones cognitivo-comportamentales-afectivas, hasta llegar a una comprensión de las diversas causas interactuantes, a fin de no caer en una etiopatogenia única y homogénea.”(p.5).

Esta perspectiva psicoanalítica trasciende lo tradicionalmente establecido acerca de que existe un solo mecanismo de producción de síntomas: el conflicto intrapsíquico y radica su interés en el diagnóstico para focalizar áreas de la patología y la etiopatogenia para luego pensar una adecuada intervención.

Bleichmar (citado en Ingelmo, 2009) plantea una teoría de la cura y repasa la teoría freudiana de la cura la cual trata sobre la ampliación de la conciencia, haciendo consciente lo inconsciente, pero en este enfoque modular se toma muy en cuenta a la conciencia como lugar de fenómenos importantes de la personalidad y del sujeto. En él, se trabaja terapéuticamente y se pueden observar muchos fenómenos importantes. Es decir, esta teoría de la cura se centra tanto en la conciencia como en el inconsciente, en sus relaciones, en la modificación de lo inconsciente, pero no puede solo basarse en el inconsciente, debe abarcar el psiquismo en general.

De la misma manera que se planteó una teoría de la cura, también se planteó una teoría de la técnica; los instrumentos técnicos generales y específicos que se deben usar en cada caso para producir transformaciones psíquicas, teniendo en cuenta (como se mencionó anteriormente) la historia particular de cada sujeto, sus vínculos primarios, sus traumas, las dinámicas inconscientes que se estructuraron. Méndez (2009) afirma: “la teoría de la cura y de la técnica están, en este sentido, engarzadas en una comprensión coherente entre la forma en que se construye el psiquismo, la reconstrucción histórica y la deconstrucción de las manifestaciones cognitivo-conductual-afectivas sobre las que se intervienen” (p. 10).

El terapeuta toma un rol fundamental, su vínculo con el paciente, ya que desde este modelo el mismo produce cambio psíquico y se permite visualizar y comprender la dinámica de la transferencia-contratransferencia. Esto es importante porque el inconsciente originario se

constituye desde los inicios de la vida y durante toda la vida a partir de interacciones e identificaciones con otro, entonces desde este vínculo terapéutico se puede intervenir para reparar a partir de él (Méndez, 2009).

Como medida extrema, se ha tenido en cuenta a la psicocirugía como tratamiento para este cuadro clínico y se acude a ella sólo cuando los tratamientos anteriores han fallado y la desesperación del paciente es tal que sería necesaria esta práctica quirúrgica (Vallejo, 2011).

Concluyendo, el TOC es considerado uno de los trastornos de ansiedad más graves e invalidantes por las razones que se han mencionado a lo largo del trabajo, y presenta dificultades a la hora de buscar un tratamiento adecuado, muchos han fracasado y algunos han resultado ser eficaces a lo largo de la historia. De igual manera, es necesario seguir investigando acerca de los tratamientos posibles de este trastorno ya que genera mucho sufrimiento en los pacientes y en su entorno.

Muchos de los tratamientos detallados anteriormente constituyen una buena estrategia contra esta enfermedad pero su eficacia desciende si se lo aplica solo, de manera aislada, se necesita de la interrelación de estos. Al combinar los distintos procedimientos se incrementa la calidad de vida de los pacientes y se ofrece una visión más global, no limitándose únicamente a la observación y al tratamiento de la psicopatología (Vallejo, 2011).

Para trazar una eficaz estrategia terapéutica lo que se necesita de forma esencial es un buen diagnóstico, se debe saber a qué se orienta el tratamiento, qué área de intervención es pertinente y articularla con otros componentes importantes. Hay que tener en cuenta qué es necesario cambiar en ese sujeto y en ese momento dado, conocer el tipo de personalidad y el momento emocional por el cual transcurre el paciente.

Además es conveniente conocer los factores implicados en el origen y el desarrollo del problema, los antecedentes, factores desencadenantes, factores predisposicionales, factores de mantenimiento, las soluciones que se intentaron, etc. (Mataix, et al., 2005). Hay que detenerse en la importancia que tiene conocer a la persona que padece dicha enfermedad en profundidad, contar con los datos de su historia clínica acerca de sus síntomas obsesivo-compulsivos actuales y pasados, su comorbilidad, la historia familiar (antecedentes de riesgo), deterioro académico, etc. (Vargas, L., Palacios, L., González, G. & Peña, F., 2008).

Por último y no por ello menos importante, cabe mencionar la necesidad de una respuesta apropiada de la salud, combinándola con la formación de profesionales, especialmente los que

trabajan en atención primaria. La prevención tiene un rol fundamental en esta problemática y también la psicoeducación, principalmente para las personas más cercanas a los sujetos que padecen TOC (López, M. et al., 2011).

El TOC es un claro ejemplo de lo importante que es un enfoque integrador para un tratamiento lo más eficaz posible.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo del presente trabajo se ha demostrado cómo en las últimas décadas han aumentado las teorías y modelos que intentan explicar esta compleja enfermedad mental y por los avatares nosológicos que ha pasado el TOC. A pesar de su gran impacto sobre la población en general (epidemiológicamente es considerado el cuarto trastorno mental en orden de prevalencia, un 1-2 % de la población mundial lo sufre), y si bien se ha logrado despejar y aclarar ciertas dudas sobre él, aún quedan espacios vacíos por investigar y debatir (Garijo, P. & Ruipérez, A, 2012).

Por otra parte, reconociendo las limitaciones observadas, se han producido interesantes avances en la caracterización del TOC, se está mostrando como una psicopatología más compleja y heterogénea de lo que se hablaba años atrás (García, G., Belloch, A & Morillo, C., 2008). Esto se puede evidenciar partiendo de los cambios y revisiones que se han realizado a nivel psicopatológico y nosológico, a lo largo de los años (la identificación de diferentes categorías clínicas, respuestas a los tratamientos, etc.)

De todas maneras, esta enfermedad se sigue catalogando como un trastorno unitario (Sánchez, O, 2014), y si bien hay muchos autores desarrollados a lo largo del trabajo que contradicen esta postura (dando su visión integral y tratando de dar cuenta de ello mediante lo expuesto) hace falta muchísimos estudios, investigaciones y viraje teórico para afirmarlo.

Se observa que tanto la edad de inicio, como el curso y el pronóstico de esta enfermedad mental, no dependen de un único factor o causa, sino que puede verse sometido a diversas circunstancias (Soutullo, E. et al., 2010). La edad de inicio, mayoritariamente se da al comienzo de la edad adulta, pero puede desencadenarse en la infancia, en la adolescencia o por algún acontecimiento vital. La evolución, también depende de situaciones vitales, de su tratamiento, de su relación con otros trastornos, de igual manera que su pronóstico. Entonces,

estas características muestran, en un punto, la diversidad que posee el TOC, no se lo debe vincular con un solo factor o motivo aparente (Wiener, M. et al., 2011).

Otra pauta de la heterogeneidad del TOC son las diferentes manifestaciones o formas sintomáticas que posee. Hay trastornos en los cuales su sintomatología permanece de manera estática, no es el caso del TOC, este trastorno tiene múltiples maneras de manifestarse y estos síntomas a su vez, pueden ir variando a lo largo del tiempo (Franklin, M., Harrison, J. & Benavides, K., 2012). Y este hecho también estaría dando indicios acerca de las múltiples causas posibles existentes.

En cuanto a la comorbilidad del TOC, también tiene un rol fundamental a la hora de aportar datos acerca de su heterogeneidad. Una enormidad de factores tienen incidencia en la relación de trastornos con otros: enfermedades neurológicas, acontecimientos desencadenantes, prevalencia de unos con otros, etc. (Storch, E. et al., 2012). Otra demostración de que no hay una causa específica que explique dicho trastorno.

El objetivo del trabajo se basó en conocer las causas del TOC e identificar un tratamiento adecuado. Lo que se puede determinar es que, hasta el momento, no hay una causa concreta de este (como se ha aclarado); puede ser debido a factores hereditarios, biológicos, culturales, desencadenantes, etc., o por la interacción de unos con otros. En fin, depende del sujeto en cuestión que lo padece, de su contexto y de su historia personal (Mataix, et al., 2005).

En cuanto al tratamiento, también se puede determinar que no hay una estrategia terapéutica exclusiva, sino que se puede optar por complementar las opciones para un resultado eficaz, dependiendo del caso. Se han descrito estrategias psicoanalíticas, farmacológicas, cognitivas, etc., pero ninguna puede funcionar, o mantenerse en el tiempo de manera aislada (Saval, J., 2015). Siguiendo con el objetivo planteado de dar cuenta de la heterogeneidad del TOC, se considera pertinente la elección del enfoque Modular-Transformacional, de Bleichmar (2009) como orientación terapéutica eficaz. Para ser coherente con la línea que se vino trabajando, esta perspectiva parece ser apropiada ya que tiene una visión global del trastorno, tomando la participación de diversas disciplinas y no se remite exclusivamente a lo tradicional, va más allá de lo establecido por las teorías de los últimos tiempos (Dryzun, J., 2009).

En fin, se ha comprobado que existen muchos datos procedentes de diversas perspectivas de estudio en el hecho dimensional (por ejemplo: estudios familiares, genéticos, de comorbilidad,

etc.) incluso hay datos que asocian diferentes facetas de la personalidad con cada una de las dimensiones sintomáticas del trastorno (Garijo, P. & Ruipérez, A., 2012).

Por lo tanto, parece imprescindible seguir investigando sobre este trastorno de ansiedad ya que supone un sufrimiento psíquico muy grande a los que lo padecen y a su entorno más cercano, la información tiene un papel fundamental al momento de tratar y/o entender a estas personas. Es preciso no solo conocer sus causas sino también sus consecuencias, el impacto en el diario vivir de estas personas, lo difícil que les resulta convivir con este cuadro, cómo lo padecen en distintos niveles ya que afecta su vida de muchas maneras: desempeño laboral, académico, social, familiar, etc.

Debido a este hecho, pareció interesante analizar y comprender lo que conlleva esta patología tan mencionada, pero poco conocida en profundidad. Parece estar de moda “diagnosticar” o “autodiagnosticarse” entre las personas, es muy frecuente escuchar las siguientes frases, por ejemplo: “yo tengo este TOC” o “vos tenes un TOC”. Muchas veces no saben acerca de esta enfermedad, o la confunden con las “manías” o costumbres, por ello es necesario que no se utilice su terminología de manera incorrecta, es preciso conocerla e informarse.

Se concluye que para abordar esta temática, se lo debe hacer desde de una visión integradora y global que relacione distintos modelos y disciplinas, con el objeto de comprender y tratarla de manera adecuada, no limitándose a un solo enfoque o explicación ya establecida. Y es a partir de estas propuestas desde donde la investigación actual está exhibiendo una psicopatología y una descripción más rica que las unitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aacap Official Action. (2012). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98-113. Recuperado en: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(11\)00882-3/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(11)00882-3/abstract)
- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Washington, DC. : Masson.
- Behobi, W., García, F., & Fernández, H. (2013). Psicoterapia Cognitiva Individual del Toc. *Scielo*, 36(4), 347-354. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400010&lng=es&tlng=es
- Belloc, A., Morillo, C., & García, G. (2006). Obsession Subtypes. *Dialnet*, 11(2), 65-78. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2234350>
- Caballo, V., y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215. Recuperado en: http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_6_Psicol_Clinica/h.6.1.Materiales_divulgacion/2.14.Tratam_ansiedad_siglo_21.pdf
- Castelló, T. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo. *Dialnet*, 1(112), 22-27. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907706>
- Castillo, J. & Corlay, I. (2011). Comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo: ¿dos entidades diferentes o un mismo espectro entre los dos trastornos? *Scielo*, 34(3), 279-286. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300013&lng=es&tlng=es.
- Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Cottraux, J. (2004). Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Enciclopedia Médico Quirúrgica*, 117, 1-16.
- Dávila, W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Dialnet*, 12(49), 58-64. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830460>
- Franklin, M., Harrison, J. & Benavides, K. (2012). Obsessive-Compulsive and Tic-Related Disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 555-571. Recuperado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22800994>

- Freud, S. (1896). La herencia y la etiología de las neurósisis. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
- Freud, S. (1908). El carácter y el erotismo anal. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
- Freud, S. (1909). Análisis de un caso de Neurosis Obsesiva (Caso el hombre de las ratas). Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974.
- Frías, A., Palma, C, Barón, F., Bernaldez, I. & Aluco. E. (2014). Estatus nosológico de la acumulación compulsiva: ¿subtipo de trastorno obsesivo-compulsivo o entidad clínica independiente? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), 116-124. Recuperado en: <http://actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-116-124-974335.pdf>
- Frías, A., Palma, C., Horta, A. & Bonet, J. (2013). Eventos traumáticos en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: implicaciones etiopatogénicas, nosológicas y terapéuticas. *Scielo*, 33 (119), 595-601. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n119/nota_clinica_1.pdf
- Frías, N., Palma, C. & Ferriols, N. (2014). Comorbilidad entre trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia: prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(1), 28-38. Recuperado en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/87/ENG/16-87-ENG-28-38-300938-ant.pdf>
- Gabbard, G. (2001). Enfoques de orientación psicoanalítica para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Aperturas psicoanalíticas*, 21 (2), 208-221. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000183&a=Enfoques-de-orientacion-psicoanalitica-para-el-tratamiento-del-trastorno-obsesivo-compulsivo>
- García-Soriano, G., Belloch, A., & Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(2), 65-84. Recuperado en: <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9cfb5cca-66ba-40f6-8430-6e7d7caad11f%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4203>
- Gesell (2009). Una perspectiva evolutiva y del desarrollo en el trastorno obsesivo-compulsivo: ¿de dónde viene y a dónde va la acumulación compulsiva? *The American Journal of Psychiatry*, 12 (1), 1-12. Recuperado en: <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2796c3e8-8313-468c-b011-189bd82907e5%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4203>
- Huertas, R. (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. *Scielo*, 21(4), 1397-1415. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401397&lng=en&tlng=es.%2010.1590/S0104-59702014005000014

- Inchausti, F. & Delgado, A. (2012). Revisión de las medidas del trastorno obsesivo-compulsivo. *Papeles del Psicólogo*, 33 (1), 22-29. Recuperado en: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2032.pdf>
- Leal Carcedo, L. L., & Cano Vindel, A. A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad Y Estrés*, 14(2-3), 321-339. Recuperado en: <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=11e1d0a2-2401-4fd3-9a88-8fd9a4b674ea%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4203>
- León, L., Lahera, G., & López, G. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Scielo*, 34(124), 725-740. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n124/original05.pdf>
- León, T., García, M., Danke, I. & Toro, P. (2014). Estado de Reposo en Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(5), 250-258. Recuperado en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/91/ESP/16-91-ESP-250-258-702001.pdf>
- Leonard, H., Ale, C., Freeman, J. & García, A. (2005). Obsessive-Compulsive Disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, 727-743. Recuperado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263388/>
- López, M., Barrera, M., Cortés, F., Guines, M., & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Scielo*, 34(2), 1-14. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200004&lng=es&nrm=iso
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). Psicopatología del adolescente. Barcelona: Masson.
- Marks, M. I. (1991). Miedos, fobias y rituales: Los mecanismos de la ansiedad. Barcelona: Martínez Roca.
- Montero, C., Fernández, C., & Rodríguez, J. (2013). Terapia cognitiva-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 123-134. doi: 10.4321/S0211-57352013000100009
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Milantoni, L. & Arangeli, F. (2005). A Naturalistic Study of Referred Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 44 (7), 673-681. Recuperado en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709616579>
- Mataix-Cols, D., Do Rosario-Campos, M., & Leckman, J. F. (2005). Un modelo multidimensional del trastorno obsesivo-compulsivo. *American Journal Of Psychiatry* (Ed. española),

8(5), 271-281. Recuperado en:

<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2796c3e8-8313-468c-b011-189bd82907e5%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4203>)

Mendez, J., & Ingelmo, J. (2009). La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar. *Aperturas psicoanalíticas*, 13(033), 1-17. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000616&a=Por-Jose-Antonio-Mendez-y-Joaquin-Ingelmo-La-psicoterapia-psicoanalitica-desde-la-perspectiva-del-enfoque-Modular-Transformacional-Introduccion-a-la-obra-de-Hugo-Bleichmar>

Navarro, F. & Puigcerver, A. (1998). Bases biológicas del trastorno obsesivo compulsivo. *Psicología Conductual*, 6(1), 79-101. Recuperado en: <http://funveca.org/revista/PDFespanol/1998/art05.1.06.pdf>

Pallanti, S. (2008). Observaciones transculturales del trastorno obsesivo-compulsivo. *American Journal of Psychiatry* (Ed. española), 14 (2), 260-261.

<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0e18d3ba-e863-4b37-8c26-77f9e31f7b72%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4203>)

Ricardo, J. & Rueda, W. (2009). Electroencefalograma y potenciales relacionados con eventos en el trastorno obsesivo compulsivo. *Scielo*, 32 (2), 173-181. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200010&lng=es&tlng=es

Rincón, D. & Salazar, L. (2006). Trastorno obsesivo-compulsivo y psicosis: ¿un trastorno esquizo-obsesivo? *Redalyc*, 35(4), 590-599. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635411>

Roberto, D. (1996). Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 59(1), 102-129. Recuperado en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/1381-2461-1-PB.pdf>

Rodríguez, A., Toro, J. & Martínez, A. (2009). El Trastorno Obsesivo Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Redalyc*, 20(1), 7-32. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233216361001>

Rodríguez, R. (2008). Perfil cognitivo de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: resultados preliminares. *Scielo*, 15 (1), 1-4. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100003&lng=es&nrm=iso

- Rosa, A. Iniesta, M. & Rosa, A. (2013). Los tratamientos farmacológicos en el Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Dialnet*, 41 (3), 196-203. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260485>
- Behar, R., Iglesias, M. & Casanova, Z. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. *Scielo*, 46(1), 25-34. Recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000100004
- Saint, A. (2008). Observaciones transculturales del trastorno obsesivo-compulsivo. *The American Journal of Psychiatry*, 11(5), 260-261. Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2234350>
- Saval, J. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo-compulsivo. *Dialnet*, 2(1), 75-81. Recuperado en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-ExposicionYPrevencionDeRespuestaEnElCasoDeUnaJoven-4919680.pdf>
- Stewart, E. (2008). Four-Factor Structure of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in Children, Adolescents, and Adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 47(7), 763-772. Recuperado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1852096>
- Storch, E., Jones, A., Lack, C., Ale, C., Sulkowski, M., Lewin, A., Nadai, A., ... Murphy, T. (2012). Rage Attacks in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Phenomenology and Clinical Correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 51(6), 582-592. Recuperado en: <http://www.calebblack.com/pdfs/Storch%20Ale%20Lack%20-%20Rage%20in%20Peds%20OCD.pdf>
- Soutullo, E. C. & Mardomingo, S. (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Tolin, D., Frost, R., Steketee, G. & Fitch, K. (2011). Family Burden of Compulsive Hoarding: Results of an Internet Survey. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 334-344. Recuperado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018822/>
- Torres, A., Prince, M., Bebbington, P., Bhugra, D., Farrel, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H. & Singleton, N. (2007). Trastorno obsesivo-compulsivo: prevalencia, comorbilidad, impacto y búsqueda de ayuda en el British National Psychiatric Morbidity Survey de 2000. *Timbó*, 163 (10), 109-116. Recuperado en: <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fdba-dee9-b5b8-4b2a-87c3-eadc95bb2d61%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4203>
- Valero, L., Hurtado, F. & Gavino, A. (2014). An experimental analysis of obsessive-compulsive checking as avoidance behavior. *Dialnet*, 20 (1), 10-16. Recuperado en: <http://www.psicothema.com/pdf/4153.pdf>
- Vargas Álvarez, L., Palacios Cruz, L., González Thompson, G., & de la Peña Olvera, F. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda

parte. *Timbó*, 31(4), 283-289. Recuperado en:
<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=57bc2dd1-20d5-430c-8513-8f469b4ac36a%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4203>

Vallejo, M. (2011). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Redalyc*, 13(3), 419-427. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72713307.pdf>

Wiener, M. J. & Dulcan, K. M. (2011). Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Madrid: Masson.

Yaryura, J. & Neziroglu, F. (2001). Teorema del trastorno obsesivo-compulsivo. *Timbó*, 24 (2), 11-15. Recuperado en:
<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=58099e3d-e992-41bd-a82a-9ad7b577f929%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4203>