

FRECUENCIA Y CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

*Prof. José Luis González de
Rivera y Revuelta
Catedrático de Psiquiatría y
Psicología Médica
Jefe del Servicio de Psiquiatría
y Psicopatología
Fundación Jiménez Díaz,
Ciudad Universitaria,
Madrid, España*

CLASIFICACIÓN Y FRECUENCIA DE LOS FENÓMENOS OBSESIVO - COMPULSIVOS

Es frecuente entre los clínicos hacer uso, con cierta ligereza, del término "enfermo obsesivo" para referirse a entidades distintas, que, como veremos más adelante, no están tan relacionadas entre sí como inicialmente pudo pretenderse. Es por eso importante establecer, de entrada, la diferencia entre síntomas obsesivos, neurosis obsesiva (o trastorno obsesivo-compulsivo), rasgos obsesivos de personalidad y trastorno obsesivo de la personalidad.

1. Síntomas obsesivo-compulsivos.

Las obsesiones y compulsiones son los síntomas obsesivos por antonomasia, a los que pueden añadirse los síntomas indicadores de rasgos obsesivos de personalidad, que, en su grado extremo, configuran la esencia del trastorno anancástico de la personalidad.

Los síntomas o fenómenos obsesivos son sumamente frecuentes entre la población general, como hemos podido constatar en nuestro estudio de morbilidad psiquiátrica menor en Tenerife.^{6,8} Utilizando el Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90R), hemos podido detectar pensamientos obsesivos en el 30% de la población general, y fenómenos compulsivos en el 20%. Claramente, no todos estos sujetos presentan patología obsesiva, pudiendo atribuirse los síntomas detectados a un transitorio desajuste de la normalidad, o a una expresión peculiar de la reactividad ante una posible situación de estrés, o formar parte de otro trastorno psiquiátrico. Si atendemos a la intensidad y a la persistencia de los síntomas y al sufrimiento originado por ellos, nuestro estudio muestra que la mitad de los sujetos afectados por pensamientos obsesivos, o sea el 15% de la población general, lo consideran como "leve", el 6,2% "moderado", el 8,5% "intenso" y el 1,3% "grave". Otro tanto puede decirse con respecto a las compulsiones, que son consideradas como "leves" por la mitad de los sujetos afectados, o sea el 10% de la población general, como "moderado" por el 4,3%, como "intenso" por el 5,4% y como "grave" solamente por el 0,3%. El trastorno obsesivo-compulsivo es altamente probable sólo en los casos de intensidad y sufrimiento "intenso" y "grave".

Preguntas del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90R) relacionadas con trastorno obsesivo-compulsivo:

Nº

3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.
65. Tener que repetir las mismas acciones, como tocar, lavar, contar, etc.
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.

Preguntas del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90R) relacionadas con rasgos obsesivos o trastorno obsesivo de la personalidad:

Nº

10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.
46. Encontrar difícil el tomar decisiones.

TABLA 1 - Frecuencia de fenómenos obsesivo-compulsivos en la población general.⁸

<i>Intensidad</i>	<i>Ideas obsesivas</i>	<i>Actos compulsivos</i>
	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
Leve	15%	10%
Moderada	6,2%	4,3%
Intensa	8,5%	5,4%
Grave	1,3%	0,3%
Total	31%	20%

2. Trastorno obsesivo-compulsivo o neurosis obsesiva.

Siguiendo los criterios de la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), el diagnóstico de neurosis o trastorno obsesivo-compulsivo se establece en base a la presencia de ideas obsesivas y actos compulsivos, independientes o combinados, siempre y cuando: a) estos síntomas generen intensa angustia o limitación importante del funcionamiento habitual, y b) estén activos casi diariamente durante por lo menos dos semanas seguidas. Se calcula que en 69% de los enfermos coexisten obsesiones y compulsiones, mientras que 25% presentan obsesiones nada más y sólo el 6% compulsiones sin obsesiones.¹⁴ La CIE-10 establece también los siguientes criterios para que ideas intrusas o actos impulsivos sean definidos como obsesiones o compulsiones:

1. Ser reconocidos como pensamientos o actos personales propios.
2. Ser objeto de resistencia por parte del sujeto, por lo menos parcialmente.
3. No ser placenteros en si mismos, aparte del alivio de la tensión o de la ansiedad.
4. Ser reiterados, repetitivos y molestos.

Recientes investigaciones estadounidenses parecen indicar que el trastorno obsesivo-compulsivo es más frecuente de lo que se pensaba. Karno,⁹ tras entrevistar casi veinte mil adultos en cinco sectores del Programa Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, estimó la prevalencia entre 1,2 y 2,5%, cifra muy superior a las habitualmente aceptadas. Como quiera que estos síndromes tienen un importante factor de ocultación y permiten una adaptación social bastante buena, por lo menos cuando los síntomas son de intensidad baja o moderada, es a primera vista creíble que la prevalencia real sea superior a las estimaciones basadas en la experiencia clínica y que una gran parte de los sujetos afectos permanezcan sin diagnosticar y sin tratar. Por otra parte, la escasa precisión psicopatológica de los americanos les lleva a incluir entre las obsesiones tanto ideas sobrevaloradas como preocupaciones hipocondríacas e ideas indeseadas en general, lo cual permite sospechar que sus cifras sean algo exageradas, a pesar de haber sido confirmadas recientemente por Rasmussen.¹³ En España, Vázquez-Barquero¹⁶ establece la prevalencia ponderada de neurosis obsesiva en un 0,09 % en su estudio de salud mental comunitaria en Cantabria, mientras que Villaverde⁷ encuentra un 0,15% de trastornos obsesivos en la población general de Tenerife, en Canarias. Ambos autores describen una prevalencia ligeramente superior entre las mujeres que entre los hombres, datos que concuerdan con los índices de sintomatología obsesiva hallados por González de Rivera y cols.⁶ en la población general. Estos tres últimos autores coinciden también en una mayor prevalencia de trastornos obsesivos entre separados

y solteros, así como en la ausencia de relación entre la edad y la frecuencia e intensidad de síntomas obsesivos. El ya citado estudio de Karno⁹ encuentra también una mayor prevalencia entre separados y divorciados, así como una definitiva influencia de la situación laboral, siendo mayor la patología obsesiva entre los trabajadores en paro, dato que no parece tan claro en los estudios españoles. La prevalencia en Estados Unidos es mayor en sujetos anglosajones que en la población negra y en la hispana, lo cual puede indicar una fuerte relación de la enfermedad con aspectos educacionales y/o culturales, sobre todo teniendo en cuenta que los otros factores de riesgo (separación-divorcio y paro) son mucho más frecuentes entre la población negra e hispana que entre la anglosajona. En cuanto a la historia natural del trastorno obsesivo también existen ciertas diferencias entre los diversos autores americanos y europeos, puesto que, mientras que para Rasmussen,¹² 84% siguen un curso crónico, Baer² estima que en el 40% de los enfermos los síntomas remiten sin tratamiento, o, por lo menos, alcanzan una notable mejoría. Siempre según los estudios norteamericanos, la edad media de comienzo se establece en 22,7 años, y la duración media de la enfermedad es de 11,8 años.⁹

La inclusión del trastorno obsesivo compulsivo entre los síndromes de ansiedad ha sido un tema debatido desde hace tiempo. Austin,¹ aplicando una entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de trastornos DSM-III a pacientes con trastorno obsesivo franco, encontró que 39% tenían historia de ataques de pánico, aunque solamente el 14% cumplían los criterios suficientes para el diagnóstico de trastorno de pánico. Adicionalmente, 14% de los obsesivos podían ser adicionalmente diagnosticados de fobia social y 19% de fobia simple, lo cual parece indicar un grado importante de comorbilidad dentro del espectro ansioso. Por otra parte, Enright⁴ ha puesto en evidencia diferencias importantes entre los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y el resto de los pacientes ansiosos. Aplicando cuestionarios para la determinación de rasgos de esquizotipia e investigando los mecanismos de atención selectiva mediante una tarea de procesamiento de información, este autor demostró que los obsesivos se parecen más a los esquizotípicos que a los ansiosos, lo que hace pensar que están más próximos al espectro esquizofrénico que al neurótico.

3. Personalidad obsesiva o anancástica.

En otro lugar, al tratar de la psicopatología general del comportamiento, hemos definido la conducta humana normal como "la expresión observable de procesos mentales, dotada de significado y propósito, accesible a la conciencia y al control voluntario, y al servicio de la óptima adaptación y desarrollo del individuo".⁷ Entre las múltiples pautas de interpretación de la realidad, de conducta y de estilo de vida compatibles con la normalidad, la personalidad obsesiva se caracteriza por tendencia a la meticulosidad, al orden y a la limpieza, valoración de la actividad intelectual sobre la física y la emocional, preferencia por la laboriosidad sobre el ocio, y limitación de la expresividad emocional. El estilo obsesivo, mantenido dentro de ciertos límites y ejercido con flexibilidad, es compatible con una buena salud mental, siendo, de hecho, altamente valorado en algunas culturas, que llegan a instituir reglamentos y pautas educativas favorecedoras de su desarrollo. Sin embargo, cuando la conducta obsesiva empieza a manifestarse en actos sin significado y/o sin propósito, deja de ser flexible, controlable y sometida a los mejores intereses del individuo, y pierde su eficacia adaptativa, entramos ya en el terreno de lo patológico. En su grado más leve, este fenómeno se denomina acentuación de rasgos de la personalidad, e implica una ligera disfunción social, que generalmente el sujeto logra paliar concentrando sus actividades en aquellas áreas más afines a su personalidad. Un

paciente así afecto preferirá trabajar como contable en vez de como relaciones públicas, tenderá a limitar su vida social a encuentros profesionales, y probablemente preferirá vivir en un moderno edificio urbano antes que en una casa antigua necesitada de reformas. Como excepción importante de estas argucias adaptativas, es interesante mencionar que los obsesivos tienden a establecer (o intentar establecer) relaciones de pareja con el extremo opuesto del eje caracteriológico, es decir, con las personalidades histéricas. Generalmente, cuando el clínico considera pertinente establecer el diagnóstico de personalidad obsesiva se refiere a este grado de acentuación de rasgos, más que al empleo flexible, adaptativo y beneficioso de pautas anancásticas apropiadas.

4. Trastorno obsesivo de la personalidad.

También conocido por trastorno compulsivo de la personalidad y trastorno anancástico de la personalidad. La intensidad, rigidez y maladaptación de las pautas obsesivas es ya extrema, difiriendo claramente de los valores aceptados por la cultura. Los rasgos obsesivos más negativos destacan sobre los aspectos positivos, y el paciente muestra dificultades en su vida cotidiana, su actividad laboral y sus relaciones interpersonales, generalmente acompañadas de grados variables de tensión emocional. Desde el punto de vista diagnóstico, la CIE-10 establece como necesaria la presencia pervasiva, persistente y duradera de al menos tres de las siguientes manifestaciones: indecisión, dudas y precauciones excesivas; preocupación excesiva por los reglamentos, el orden, la organización y los horarios; perfeccionismo y cuidado del detalle que interfiere con la realización de las tareas; escrupulosidad y preocupación excesiva con la rectitud y el cumplimiento de las obligaciones, que interfiere con actividades placenteras y relaciones interpersonales; rigidez, obstinación, pedantería y convencionalismo; limitada capacidad de expresión emocional; intolerancia, exigencia y necesidad de controlar las actividades de los demás; irrupción no deseada e insistente de pensamientos e impulsos, que no llegan a justificar el diagnóstico de neurosis obsesiva.

LA PERSONALIDAD DE LOS ENFERMOS CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El hecho de que algunos pacientes con trastorno obsesivo de la personalidad presenten obsesiones y compulsiones ocasionales, junto con la influencia del psicoanálisis clásico, que considera que ambos trastornos tienen una psicodinámica común, ha llevado a muchos clínicos a asumir la existencia de un espectro obsesivo, en el que la neurosis obsesiva es simplemente una forma más grave del trastorno anancástico de la personalidad, o, por lo menos, a esperar su aparición preponderantemente, en sujetos con personalidad premórbida obsesiva. Sin embargo, los estudios actuales de comorbilidad parecen indicar que se trata de una asunción errónea. Mavissakalian,¹⁰ que encuentra en el 53% de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo un trastorno de personalidad, no pudo demostrar correlación entre la neurosis obsesiva y el trastorno anancástico de la personalidad, y ni siquiera la frecuencia de rasgos obsesivos de personalidad es mucho más importante que la de los rasgos histriónicos, paranoides o esquizotípicos. Los trastornos de personalidad más frecuentes entre los enfermos de este estudio fueron: personalidad evitadora, en el 15%, histriónica, 13%, dependiente, 10% y esquizotípica, 8%. Por otra parte, entre los enfermos que no pudieron ser diagnosticados de trastorno de la personalidad se encontró sin embargo una elevada proporción de rasgos pasivo-agresivos, compulsivos, histriónicos, paranoides y esquizotípicos, así como una importante presencia de afecto disfórico en toda la muestra. En una vena similar,

Stanley¹⁵ encuentra rasgos esquizotípicos en 28% de los enfermos con trastorno obsesivo-compulsivo, aunque sólo el 8% reúnen todos los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad. Como dato interesante, estos pacientes son precisamente los que muestran una peor respuesta al tratamiento. Baer³ presenta resultados similares en una serie de 96 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, 52% de los cuales presentaron un trastorno de la personalidad, pero sólo en un 6% este trastorno fue de tipo obsesivo. La personalidad dependiente y la personalidad histriónica fueron los diagnósticos más frecuentes, y la frecuencia del trastorno esquizotípico, 5%, se aproxima a los resultados de los otros estudios. Es importante notar, sin embargo, que, a diferencia de los demás grupos, los enfermos obsesivo-compulsivos con trastorno obsesivo de personalidad tienden a iniciar el trastorno obsesivo compulsivo a edades muy tempranas, lo cual puede indicar que esta asociación se da en un subtipo de neurosis obsesiva diferente a la de inicio más tardío.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS FENÓMENOS OBSESIVOS

Una obsesión es una idea, pensamiento, impulso o imagen, que, con poca o ninguna conexión con el resto del contenido mental, se impone insistentemente y en contra de la voluntad del sujeto. Característicamente, las obsesiones están en contradicción con el conjunto general de opiniones, valores y actitudes del individuo que las padece, causando por lo tanto intensa angustia. En su aspecto formal, las obsesiones pueden presentarse como formulaciones verbales de una idea, o como emociones e impulsos sin contenido cognitivo propiamente dicho. Las obsesiones observadas con mayor frecuencia en la actualidad son las relativas a violencia, contaminación o duda, con un descenso notable en los últimos años de obsesiones de contenido sexual y religioso. A causa de la angustia que producen, las obsesiones generan con frecuencia conductas de evitación, pudiendo hablarse en estos casos de fobias obsesivas. De hecho, cuando en una fobia progresa el grado de inmaterialidad del estímulo, puede llegarse a las FOBIAS OBSESIVAS (u obsesiones fóbicas) en las que el temor es engendrado por un pensamiento o imagen que se presenta de manera repetitiva e involuntaria. Existe divergencia sobre la relación entre fobias y obsesiones, y, aunque la mayoría de las autoridades consideran hoy día que se trata de entidades diferentes, no cabe duda de que existen puntos importantes de conexión. Desde el punto de vista que ahora nos ocupa, la ansiedad ocasionada por el pensamiento involuntario es frecuentemente comprensible por la naturaleza de dicho pensamiento. Tirarse por un precipicio, acuchillar a alguien, proferir blasfemias en medio de una iglesia... son algunas de las fobias obsesivas más frecuentes, y parece justificado que el infortunado que las padece tema el peligroso potencial de sus ideas. Según la mayoría de los pacientes que presentan este fenómeno, la angustia viene dada por el temor a perder el control y realizar los terribles actos que su pensamiento obsesivo plantea. En cuanto a la evitación, el segundo componente de la fobia, dos pautas generales son posibles:

1. La evitación física, huyendo de los lugares en que la obsesión puede presentarse o en los que la acción que suscita puede ser nefasta, como, por ejemplo, lugares elevados, asistir a servicios religiosos, etc., o su análogo, la eliminación de todos los objetos relacionados con los actos planteados por la obsesión, como uno de nuestros pacientes que impuso la utilización exclusiva de cuchillos de plástico en su casa. La proximidad de estas manifestaciones con la fobia típica parece bastante clara, llegando a ser indiferenciables de ella si la raíz obsesiva perdiera su prominencia en la consciencia. De hecho, una de las posibilidades patogenéticas en la formación de fobias tiene su origen precisamente en este concepto;

2. La evitación mental, mediante estrategias de tipo cognitivo o conductual, que las más de las veces acaban desembocando en rituales obsesivos.

Una breve viñeta clínica nos ayudará a comprender este mecanismo: Clara E., ama de casa de 32 años, experimenta desde hace tres años recurrentes ideas obsesivas de apuñalar a sus hijos mientras duermen. Al principio, sufría intensa angustia, pero pronto descubrió un ritual que, al decir de la paciente, no sólo alivia la ansiedad, sino que parece incluso prevenir la presentación de la idea obsesiva. Todas las noches, después de cenar, cuando está sola en la cocina, clava cada uno de los cuchillos puntiagudos a lo largo de una barra de pan, mete los panes con sus cuchillos en un bolsa, y guarda todo en un armario con llave.

Como vemos, la patogénesis en este caso es en el sentido de la neurosis obsesiva, al contrario que el caso de Roberto F., en quien la evolución de una idea obsesiva lleva a una neurosis fóbica incapacitante.

Otros ejemplos clínicos típicos de obsesiones son los siguientes:

- violencia: el ama de casa que sufre ideas de acuchillar a sus hijos mientras duermen; el viajante de comercio que siente el impulso de empujar a la vía al pasajero que tiene delante cuando está llegando el metro; el conductor que experimenta una imagen vivísima de sí mismo saltando desde lo alto de un paso elevado, etc.
- contaminación: P. H. sufrió durante años la idea de que los objetos más inconspicuos estaban infectados de gérmenes letales que pasaban a su piel sólo con tocarlos. Curiosamente, la obsesión ha cambiado de forma al crecer sus hijos, convirtiéndose en la idea de que está contaminado con una horrible enfermedad y que la transmite a su familia a través de cualquier tipo de contacto. Característicamente, P. H. es perfectamente consciente de la absurda imposibilidad de su obsesión, lo cual le diferencia psicopatológicamente de delirios psicóticos de contenido similar, pero en los que el paciente está convencido de la realidad de sus ocurrencias.
- duda: C. F. sufre repentinamente la duda de haber dejado abierta la espita del gas de la cocina; J. R., industrial, experimenta todos los años durante más de un mes la duda continua de haberse equivocado en la declaración de impuestos; J. M. F. está obsesionado con la idea de que probablemente alguien ha muerto en un accidente de tráfico porque el no paró a ayudar, aunque no sabe dónde ni cuándo pudo haber ocurrido...

Aunque la obsesión se puede presentar sin causa aparente, no es infrecuente que determinadas circunstancias actúen como precipitante. Así, las obsesiones de contenido religioso son más frecuentes en la iglesia, las de contenido violento cuando el paciente está desarrollando una actividad potencialmente dañina o cuando la presunta víctima se halla presente, etc. La evitación de las circunstancias desencadenantes de una obsesión, o por lo menos de aquellas en que su actuación es posible, junto con la intensa angustia que provocan, es lo que ha llevado a tantos autores a establecer una relación entre obsesiones y fobias. No es sin embargo este el único, ni quizá el más importante, mecanismo defensivo ante la obsesión. El comportamiento ritualista, o comisión de actos estereotipados, más o menos carentes de sentido, es con mucho el fenómeno más frecuentemente asociado con las obsesiones.

La compulsión es el término técnico con el que se denotan estos actos estereotipados, aparentemente sin propósito, y cuya finalidad es prevenir o evitar alguna situación o tragedia que el paciente teme. Aunque existen compulsiones primarias, con frecuencia son acompañantes de las obsesiones, y pretenden, de manera mágica, negar o contrarrestar la influencia de la idea obsesiva.

Así, un joven estudiante, con ideas obsesivas de gritar durante las clases, desarrolló un movimiento negativo de la cabeza, seguido de

pellizcamiento de los labios, como clara expresión de su resistencia a actuar la obsesión. Quizá por representar un acto sustitutivo del temido, al mismo tiempo que lo niega, mover la cabeza y pellizcarse los labios aliviaba la angustia inducida por la obsesión.