



TEMA 17 – TRASTORNO OBSESIVO–COMPULSIVO

PSIQUIATRÍA (Curso 2018-2019)

PROF. SERGIO OCIO



Área de Gestión Clínica de Salud Mental de Mieres



cibersam
Centro de Investigación Biomédica en Red
Salud Mental



Concepto

- **Obsesión** proviene del término latín *obsessio* que significa **asedio**.
- Indica algo exterior contra lo que se **lucha** y **resiste** activamente.
- Además la posibilidad de agotamiento y **rendición**.



Puntos Clave

- El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de dos fenómenos clínicos: obsesiones y compulsiones.
 - **Las obsesiones** son pensamientos, imágenes o impulsos, intrusos, reiterativos, egodistónicos, de contenido amenazante y generadores de ansiedad.
 - **Las compulsiones** son actos motores o mentales, que el paciente lleva a cabo, con frecuencia de forma repetitiva y estereotipada, con el objetivo de reducir la ansiedad generada por los pensamientos obsesivos.

Obsesiones



1. **Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan malestar o ansiedad significativo.**
2. **No son preocupaciones excesivas sobre la vida cotidiana.**
3. **Intenta ignorar o suprimir** tales pensamientos o impulsos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.
4. **Reconoce que son productos de su mente** y no impuestos desde el exterior.



Compulsiones

COMPORTAMIENTOS

(lavado de manos, comprobaciones, ordenar)

ACTOS MENTALES

(rezar, contar o repetir palabras en silencio)

- Objetivo de las compulsiones: **Prevención o reducción del malestar** producido por las obsesiones.
- No están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar, o son claramente excesivas



CLASIFICACIÓN DE MARKS

Rituales compulsivos de limpieza (51%)

Ritual compulsivo de repetición (40%)

Ritual compulsivo de comprobación (38%)

Ritual compulsivo de orden (9%)

Ritual compulsivo de acumulación (2%)





Etiopatogénia

- El TOC es una enfermedad compleja, consecuencia de la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales.
- Son muchas las teorías que intentan explicar las **causas del TOC**, por lo que se cree que podría ser una combinación de varias de ellas.



Etiopatogénia

- Hay **factores genéticos** importantes que se implican en su desarrollo, pero el modo de transmisión es todavía desconocido.
- En muchos casos existe un **acontecimiento** que puede actuar como desencadenante del TOC, como enfermedades, problemas de pareja, el fallecimiento de un ser querido, etc.
- También puede tener un papel importante la **educación** recibida en la infancia, sobre todo si se trata de formas de educar demasiado rígidas.



Factores Neurobiológicos

- Genética
- Bioquímica
- Neuroimagen



Genética

- Parece ser que las personas afectadas por un TOC presentan una **vulnerabilidad genética** que, además, es influida por situaciones de estrés y factores ambientales.
- Lo que se hereda parece ser **la naturaleza del TOC**, no los síntomas específicos, así, una persona puede tener compulsiones de lavado, mientras que su padre las tiene de comprobación.



Genética

- Los estudios en gemelos concluyen que un **40%** de la varianza fenotípica del TOC se debe a **factores genéticos**, mientras que **factores ambientales** no compartidos explican un **51%** de la misma, probablemente a través de factores epigenéticos.



Genética

- Los estudios de asociación o genes candidatos se han centrado en las vías serotoninérgicas, dopaminérgicas y glutamatérgicas.
 - Polimorfismos en dos genes de la vía serotoninérgica, 5-HTTLPR o SLC6A4, y el receptor HTR2A, y variantes en el gen de la COMT y la MAOA en varones se han asociado a la enfermedad.
 - Se han detectado tendencias a la asociación para polimorfismos en dos genes dopaminérgicos (DAT1 o SLC6A3 y DRD3) y uno del sistema glutamatérgico (SLC1A1).
 - GWAS: los dos estudios publicados no han obtenido resultados estadísticamente significativos, pero ambos señalan cerca de 15 genes que muestran una tendencia a asociarse a la enfermedad, incluyendo diversos genes glutamatérgicos (DLGAP1, GRIK2, GRIA4, SLC1A2).



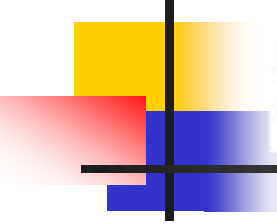
Bioquímica

- **Serotonina:** los fármacos de acción serotoninérgica han demostrado acción antiobsesiva independiente del efecto antidepresivo, sustentando la implicación de este neurotransmisor en el TOC.
- **Dopamina (DA):** la implicación de la DA en el TOC se basa en la elevada frecuencia de aparición de síntomas obsesivo compulsivos en patologías de los ganglios basales, así como en la utilidad de los antipsicóticos como potenciadores en el tto. del TOC.



Neuroimágen

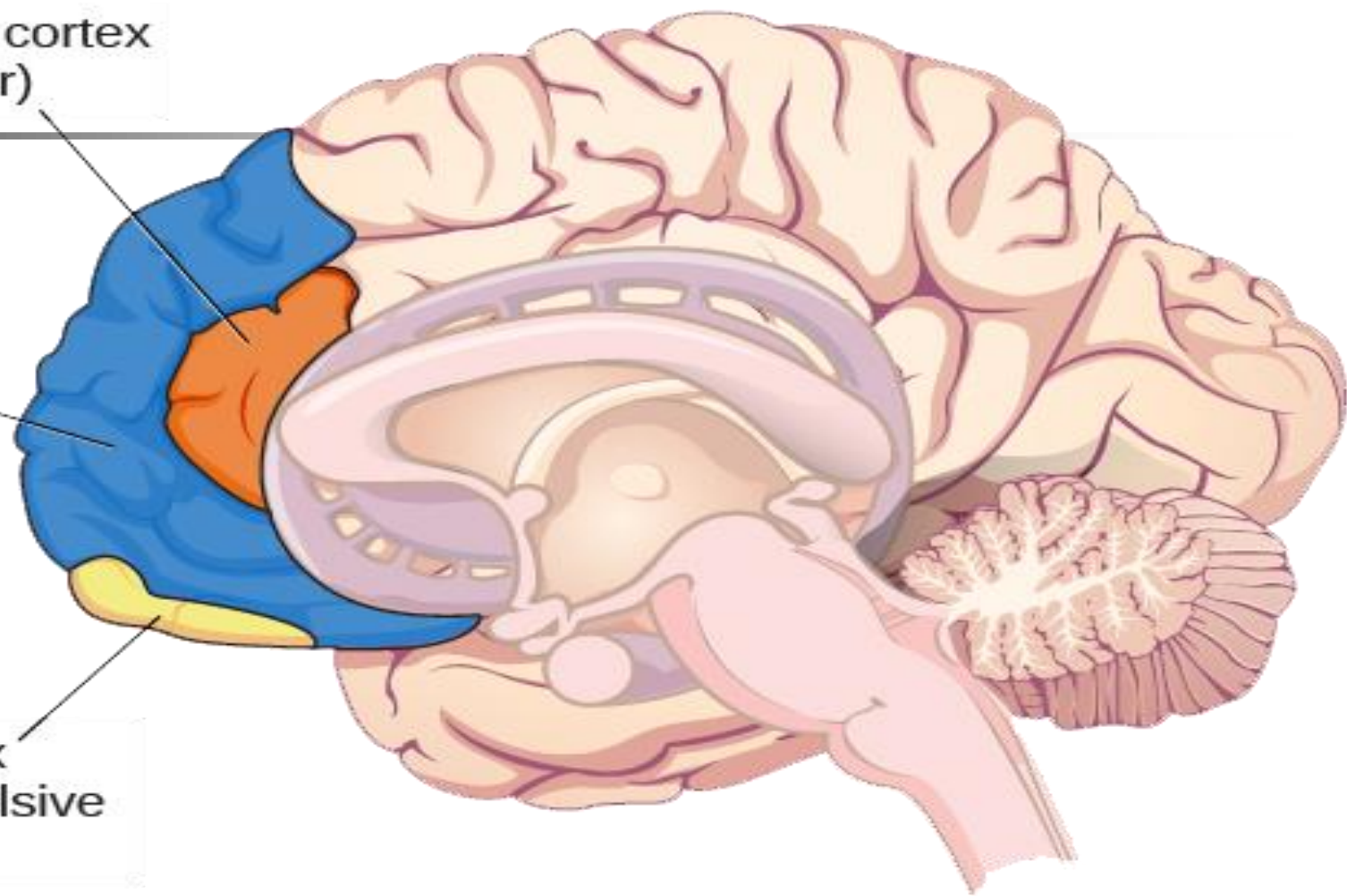
- **Los estudios coinciden en señalar cambios volumétricos, funcionales y de conectividad en un circuito córtico-estriado-tálamo-cortical “afectivo”** que incluye al córtex orbitofrontal (COF), el córtex cingulado anterior (CAA), el núcleo estriado y el tálamo. Se han descrito reducciones del volumen del COF medial, el CAA y el córtex temporo-límbico y aumentos relativos del volumen del estriado y el tálamo.
- **Se ha descrito también la implicación en el TOC de un circuito más “ejecutivo”,** con reducciones volumétricas del córtex prefrontal dorsolateral (DLFC) y de regiones conectadas con este, como algunas áreas asociativas temporo-parieto-occipitales.



Anterior cingulate cortex
(Hoarding disorder)

Prefrontal cortex
(Body dysmorphic
disorder)

Orbitofrontal cortex
(Obsessive-compulsive
disorder)





Factores Psicológicos

- Modelos conductuales
- Modelos cognitivos



Modelos conductuales

- El modelo conductual, en el que se basa la terapia de exposición y prevención de respuesta, plantea que los pacientes con TOC presentarían **alteraciones en los fenómenos de adquisición y extinción del miedo.**
- Las compulsiones como fenómenos que tienden a perpetuarse por refuerzo positivo y que actúan como fenómenos mantenedores de la enfermedad al dar valor de veracidad a los temores obsesivos.



Modelos cognitivos

- No son los pensamientos intrusos (de aparición universal) lo patológico en el TOC, si no **la interpretación que el paciente hace de los mismos**, a partir de ciertas distorsiones o sesgos cognitivos.
- Estas distorsiones, que llevan al paciente a considerar la experimentación de pensamientos intrusos como algo ansiógeno, peligroso y que debe evitarse, son, en el caso del TOC.



Experiencias tempranas

Parece ser que existe una influencia en el origen del TOC de ciertas experiencias tempranas:

- Estilos educativos que enfatizan en exceso la responsabilidad y el perfeccionismo.
- Haber tenido como modelos durante la infancia personas con características obsesivo-compulsivas.
- Formación religiosa estricta.
- Formación moral estricta.
- Presencia de determinadas creencias o modos de pensar.



Eventos estresantes

- Hemos visto que las personas con TOC pueden tener ciertas características personales, sin embargo, el trastorno en sí puede no aparecer hasta que ocurre un evento estresante.
- Algunos de los acontecimientos estresantes más frecuentes son los pequeños problemas cotidianos como: ser criticado, estar enfermo, descansar de modo insuficiente, dormir poco, situaciones de rechazo, problemas de toma de decisiones, ruidos, perder cosas, obligaciones sociales, etc.



Factores activadores

- La contribución hereditaria, las variables biológicas, experiencias tempranas o determinadas creencias, son factores que facilitan una predisposición para el surgimiento del TOC.
- Aún así, su aparición puede verse precipitada por eventos estresantes o un estado de ánimo deprimido.

Síntomas

- **Pensamientos obsesivos,** molestos, intrusivos



y/o



- **Acciones compulsivas repetitivas** (que pueden ser físicas o actos mentales)



Obsesiones

- Pensamientos, impulsos o imágenes mentales recurrentes y persistentes.
- Percibidos como intrusivos / inapropiados
- Generan marcada ansiedad y malestar.
- Trata de suprimirlos, ignorarlos o neutralizarlos con otro pensamiento o acción.



Compulsiones

- **Comportamientos repetitivos** (lavarse las manos, ordenar, verificar) o **actos mentales** (rezar, contar, repetir palabras)
- En respuesta a una obsesión, de acuerdo a reglas que deben ser aplicadas rígidamente con el propósito de prevenir o reducir el malestar o impedir un evento o situación temida.
- Sin embargo, o no están conectados de manera realista con lo que pretenden neutralizar, o resultan claramente excesivos.



Categorías frecuentes

OBSESIONES

- Temor a la contaminación
- Necesidad de simetría, orden preciso
- Escrupulosidad / Pensamientos o imágenes indeseadas, sexuales, agresivas, de daño a otros
- Seguridad / Dudas sobre la propia percepción o memoria

COMPULSIONES

- Lavar, limpiar
- Arreglar, enderezar, equilibrar
- Rezar, “deshacer acciones”, verificar, solicitar reaseguro, evitar, contar, tocar o golpetear objetos
- Verificación repetitiva (gas, cerraduras, plancha)

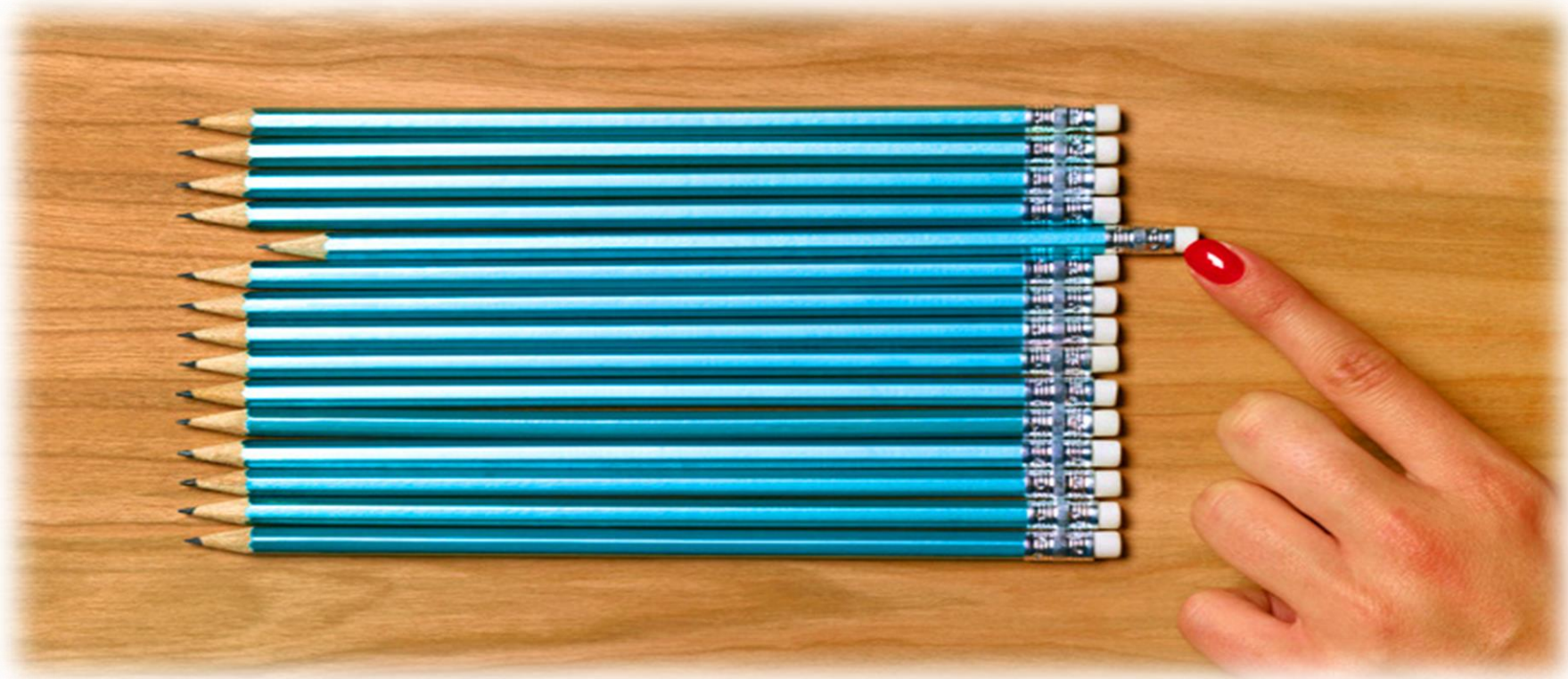


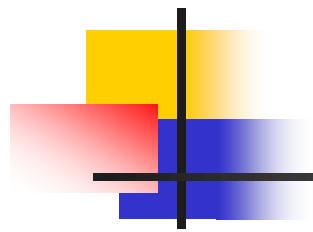
Epidemiología

- El TOC tiene una prevalencia-vida de aproximadamente un 2,3%, sin diferencias entre géneros, aunque el inicio es más precoz en varones, y en las muestras clínicas suele haber un leve predominio de mujeres.



¿Todos somos un poco “TOC”?





- Más de 1 de cada 4 adultos han experimentado síntomas de TOC en algún momento de su vida.



Diagnóstico

¿Es fácil de diagnosticar para el psiquiatra experimentado?





Diagnóstico

- Subdiagnosticado o diagnosticado como otra cosa.
- Promedio 9 años de consultas antes del diagnóstico.
- Promedio 17 años desde el debut de los síntomas al tratamiento efectivo.
- Aún si son interrogados específicamente, los pacientes pueden ser reacios a revelar sus síntomas por vergüenza.



Diagnóstico

- No identificar las compulsiones mentales es un error frecuente en el diagnóstico y tratamiento del TOC.
- Palabras, números, imágenes, frases, rezos, que los pacientes repiten mentalmente para neutralizar la ansiedad o impedir sucesos temidos.

Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales





Criterios del DSM-5

- Uno de los cambios diagnósticos más notorios con respecto al anterior DSM consiste en la extracción del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los Trastornos de ansiedad y la creación de un grupo nuevo de trastornos (un espectro obsesivo), agrupados todos ellos bajo el epígrafe de TOC y trastornos relacionados.



Trastornos relacionados: “espectro”

- Trastorno dismórfico corporal
- Tricotilomanía
- Trastorno de acumulación
- Trastorno de excoiación
- TOC *relacionados a / inducidos por* sustancias o medicamentos y *debidos a* otras condiciones médicas.



Criterios del DSM-5

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

- 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes** que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
- 2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto** (es decir, realizando una compulsión).



Criterios del DSM-5

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. **Comportamientos** (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) **o actos mentales** (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) **repetitivos** que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es **prevenir o disminuir la ansiedad** o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.



Criterios del DSM-5

- B. Las obsesiones o compulsiones **requieren mucho tiempo** (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o **causan malestar** clínicamente significativo **o deterioro** en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.



Criterios del DSM-5

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental

(p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).



Criterios del DSM-5

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.



Criterios CIE-10

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 (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.



Criterios CIE-10

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión.



características de los síntomas obsesivos

- Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- 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.
- 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).
- Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.



El TOC puede manifestarse:

Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo.

Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden.

Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones.



Factores de riesgo

- **Antecedentes familiares.** Tener padres u otros familiares con el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollarlo.
- **Acontecimientos estresantes de la vida.** Si has experimentado eventos traumáticos o estresantes, el riesgo puede ser mayor. Esta reacción puede, por algún motivo, desencadenar los pensamientos intrusivos, los rituales y la angustia emocional característica del trastorno.
- **Otros trastornos de salud mental.** El trastorno obsesivo compulsivo puede estar relacionado con otros trastornos de salud mental, como el trastorno de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de tic.



Consecuencias funcionales

■ **Impacto mayúsculo en el funcionamiento**

- Afecta familia y otros vínculos
- Interfiere con logros académicos
- Causa dificultades sustanciales en el trabajo (pérdida promedio de 2 años de desempeño laboral)
- 13% intentan suicidarse por los síntomas O–C
- Gran impacto en calidad de vida y costos
- Autores sugieren que el nivel de funcionamiento de una persona con TOC resistente es similar al de un paciente con esquizofrenia.



Diagnóstico diferencial

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** se caracteriza por la presencia de un nivel de preocupación excesiva acerca de temas cotidianos.
- **Trastorno depresivo mayor (TDM):** el pensamiento rumiativo del TDM es congruente con el estado de ánimo, no necesariamente vivenciado como intrusivo y no conlleva la realización de compulsiones.



Diagnóstico diferencial

- **Otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo:** en el trastorno dismórfico las obsesiones y compulsiones están circunscritas a la preocupación por la apariencia física. En la tricotilomanía, las compulsiones se limitan a la extracción del cabello sin existir obsesiones.
- **Trastornos de la conducta alimentaria:** en el TOC las obsesiones y compulsiones no se limitan a las preocupaciones acerca del peso y la comida.



Diagnóstico diferencial

- **Trastorno por tics y movimientos estereotipados:** son menos complejos que las compulsiones y no tienen como objetivo neutralizar obsesiones.
- **Trastornos psicóticos:** a pesar de que los pacientes con TOC pueden tener escaso *insight*, no tienen alteraciones sensorio-perceptivas ni alteraciones formales del pensamiento como sí existen en la psicosis.



Diagnóstico diferencial

- **Otros trastornos de conducta compulsiva:** parafilias, trastorno de juego, trastorno por uso de sustancias. En estos trastornos la actividad comporta un placer para el individuo y su intento por resistirse se deriva únicamente de las consecuencias desfavorables de la mismas.
- **Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo:** No presentan pensamientos o imágenes obsesivas ni compulsiones, sino un patrón desadaptativo global.



TOC no debería confundirse con TPOC

- TPOC: ordenado perfeccionista, tendencia al control, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia;
- Los rasgos OC, pero no el TP, sí serían comunes en pacientes con TOC



Complicaciones

- Problemas de salud, como dermatitis de contacto por lavado frecuente de las manos
- Incapacidad para asistir al trabajo, a la escuela o a actividades sociales
- Relaciones conflictivas
- Mala calidad de vida en general
- Pensamientos y comportamientos suicidas



Comorbilidad

- La mayoría (57%) de los pacientes con TOC que consultan psiquiatra presentan otro trastorno de eje I comórbido al momento de la primera consulta
- 77% tienen historia de otro diagnóstico de eje I, siendo a menudo difícil, si no imposible, distinguir cuál es el diagnóstico primario y cuál el secundario
- 20% de los pacientes con TOC tienen historia de tics
- De los que tienen tics, se ha reportado que hasta 59% de tienen TOC (hasta 90% en G. de la Tourette)
- **A mayor comorbilidad, peor pronóstico** (refractariedad, abuso de sustancias, suicidalidad, peor funcionamiento, etc.)



Comorbilidad

- Es frecuente su presencia en personas que padecen
 - esquizofrenia (10%),
 - trastorno bipolar (10%),
 - trastornos alimentarios (20%),
 - TEA.



Comorbilidad

- Trastornos de ansiedad (76%): trastorno de pánico, ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas.
- Trastornos afectivos (63%), siendo el más común el trastorno depresivo mayor. Mayor riesgo de suicidio que la población general.
- Trastornos de personalidad (23-32%).
- Trastorno por tics (30%): más frecuente en varones y en TOC de inicio en la infancia.
- Trastorno dismórfico, tricotilomanía, trastorno por excoiación



Curso

- El inicio de la enfermedad sigue una distribución bimodal con un primer pico de aparición alrededor de los 10 años y un segundo, en el inicio de la vida adulta (alrededor de los 20 años para las formas de aparición en adultos). Son raras las formas de aparición tardías en mayores de 35 años (menos del 20% de los casos) y debe descartarse en las mismas patología orgánica.



Curso

- En respuesta a un abordaje terapéutico correcto, entre el 40-50% de los pacientes mostrarán una muy significativa mejoría clínica con tendencia a la remisión de los síntomas (que puede llegar a ser completa hasta en el 20% de los sujetos).
- En el resto, el curso tiende a ser crónico con oscilaciones.
- En un 5-10%, tiende al progresivo empeoramiento hasta llegar a ser severamente incapacitante.



Tratamiento

- El tratamiento para el TOC puede no resultar en la cura, pero puede ayudar a controlar los síntomas para que no controlen tu vida diaria.
- Algunas personas necesitan tratamiento durante toda la vida.
- Los dos tratamientos principales para el TOC son la **psicoterapia y los medicamentos**.
- A menudo, el tratamiento es más efectivo si se combinan ambas cosas.



Fármacos de 1ª línea

- Lo más frecuente es que primero se indiquen antidepresivos.
 - Clomipramina, para adultos y para niños a partir de los 10 años
 - Fluoxetina, para adultos y para niños a partir de los 7 años
 - Fluvoxamina, para adultos y para niños a partir de los 8 años
 - Paroxetina, únicamente para adultos
 - Sertralina, para adultos y para niños a partir de los 6 años



ISRS

- **FDA**

- **Fluoxetina: 60 - 80 mg./día**
- **Sertralina: 200 mg./día**
- **Paroxetina: 50 - 60 mg./día**
- **Fluvoxamina: 200 - 300 mg./día**

(citalopram, escitalopram)

- **ESTUDIOS DE EFICACIA CONTUNDENTES PARA TODOS**
- **RESPUESTA PLENA LUEGO DE 12 SEMANAS**



Fármacos de segunda línea

- **Clomipramina:** debido al mayor número de efectos secundarios, su uso se reserva para aquellos pacientes que no han respondido a al menos dos ISRS en monoterapia. La dosis antiobsesiva oscila entre 250-300 mg/día.
- **Venlafaxina:** algunas series de casos y escasos estudios controlados sugieren que venlafaxina podría mostrar un efecto antiobsesivo en paciente resistentes a ISRS.



Clorimipramina (CMI)

- Inhibidor no selectivo de la recaptación de 5HT
- Reconocida ampliamente para TOC desde los '80
- Jenike cita ensayos que incluyen 600 pacientes, de los cuales:

- 85% mejoran
- 50% mejoría moderada

DOSIS: 250 – 300 mg./día

RESPUESTA PLENA EN 12 SEMANAS



Estrategias de potenciación en el TOC resistente

- **Antipsicóticos (APS):** haloperidol, risperidona y aripiprazol han demostrado en ensayos aleatorizados doble ciego, eficacia antiobsesiva en pacientes con respuesta parcial a ISRS, en cambio no existe evidencia científica para otros APS. Su efecto suele aparecer tras 4-6 semanas y es especialmente evidente en pacientes con historia de tics.
- **Moduladores glutamatérgicos:** se han descrito resultados prometedores como potenciadores de los ISRS y especialmente para el uso de D-cicloserina como facilitador de la terapia de conducta.



APA Watch: Antipsicóticos

Estudios recientes de potenciación de ISRS con antipsicóticos de 2ª generación:

- Serias dudas sobre quetiapina
- Apoyarían risperidona
- Aripiprazol podría ser eficaz



Tratamiento farmacológico

- Psicoeducar
- Comenzar de a poco
- Llegar a dosis máximas
- Dar tiempo: 12 semanas mínimo, al menos 4 a 6 con dosis máximas
- Buscar efectos secundarios y tratarlos
- Valorar riesgo suicida



Psicoterapia

- La **terapia cognitivo-conductual** (TCC) es un tipo de psicoterapia efectiva para muchas personas con TOC.
- La **exposición con prevención de la respuesta** (EPR), implica exposición gradual a objetos temidos u obsesiones, como la suciedad y enseñarte maneras saludables para hacer frente a tu ansiedad.
- La EPR implica esfuerzo y práctica, pero podrás disfrutar de una mejor calidad de vida una vez que aprendas a controlar tus obsesiones y compulsiones.



APA / NICE / Expertos

1ª LÍNEA:

- AD
- PCC



Sólo TCC

- Cuando el paciente puede colaborar con la TCC (no está tan severamente enfermo)
- Cuando el paciente no desea tomar medicación



Sólo AD

- Cuando el paciente no puede cooperar con la TCC
- AP de buena respuesta a medicación



Farmacoterapia + TCC

- **EL TRATAMIENTO COMBINADO ES EL ÓPTIMO PARA TOC**, con mayor eficacia que por separado, pero **no es necesario para todos los pacientes**



APA: mala evolución

- **ISRS + TCC**
- Potenciar ISRS con **antipsicótico**
- **Cambiar de ISRS**
 - Cambiar a venlafaxina



Consenso de Expertos / APA

Mantenimiento

- No pensar en reducir medicación antes de 1 o 2 años de tratamiento eficaz
- Interrupción muy gradual (disminuir de a 25% de la dosis cada 2 meses)
- A largo plazo o de por vida ante varias recaídas

**PARA LA MAYORIA DE LOS EXPERTOS
EL TRATAMIENTO NO TERMINA NUNCA**

¿Han surgido nuevas opciones terapéuticas?





APA: aún no respuesta

- Potenciar ISRS con: clorimipramina, buspirona, pindolol, morfina...
- D - anfetamina, tramadol, IMAOs, estimulación magnética transcraneal, estimulación cerebral profunda
- Neurocirugía. Dos técnicas de cirugía estereotáxica, la capsulotomía anterior y la cingulectomía dorsal anterior, se han utilizado desde 1950 en pacientes obsesivos con formas severas e incapacitantes de la enfermedad, resistentes a todos los abordajes.

CONSIDERAR HOSPITALIZACIÓN EN TODAS LAS ETAPAS



Otros

- Desde 1999, viene ensayándose como alternativa a la cirugía, el empleo de técnicas reversibles de neuromodulación, algunas invasivas como la estimulación cerebral profunda y otras no invasivas como la estimulación magnética transcraneal o la estimulación transcraneal directa, con resultados prometedores aunque aún incipientes.
- Se sigue investigando la potencial eficacia de la **estimulación cerebral profunda** para tratar el TOC que no responde a los abordajes tradicionales de tratamiento.