

Trastornos del pensamiento en el trastorno obsesivo-compulsivo

A. L. Palomo Nicolau, O. Alcoverro Fortuny, G. Hurtado Ruiz y A. Guerrero Pedraza

Centros Asistenciales Torribera. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona

Thought disorders in obsessive-compulsive disorder

Resumen

En el trastorno obsesivo compulsivo se presentan alteraciones del pensamiento características como son las obsesiones, tal y como están definidas en los manuales diagnósticos más utilizados. Desde ideas obsesivas, ideas sobrevaloradas hasta ideas delirantes hay un espectro de gravedad que viene definido por la presencia o ausencia de conciencia de enfermedad. La ausencia de conciencia de enfermedad puede abarcar la globalidad del funcionamiento del individuo o bien afectarlo de forma parcial; solamente este último aspecto está contemplado en el DSM-IV, ya que si sucede el primer caso se diagnostica de trastorno psicótico no especificado o trastorno delirante.

El objetivo de la presente comunicación es la descripción de cuatro casos clínicos para ilustrar una posible clasificación de este trastorno en relación a la conciencia de enfermedad.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo. Obsesiones. Ideas delirantes.

Summary

Obsessions are typical thought disorders in the obsessive-compulsive disorder (OCD), as defined in the DSM-IV and ICD-10. From obsessive ideas, overvalued ideas to delusional ones, there is a seriousness spectrum that is defined by the presence or absence of disease insight. Absence of disease insight can include global or partial functioning of the individual, but only the latter is contemplated in the DSM-IV since the first case is diagnosed as «psychotic disorder not otherwise specified» or «delusional disorder.»

This article reports four cases with OCD diagnosis with the aim to illustrate a possible classification of this disease in relationship to disease insight.

Key words: Obsessive-compulsive disorder. Obsessions. Delusions.

INTRODUCCIÓN

El concepto de obsesión y sus características como un pensamiento insólito y parasitario, repetitivo y punzante, acompañado de una lucha ansiosa y atmósfera de duda viene heredado de la psicopatología clásica¹. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 recogen este concepto fundamental. El DSM-IV ofrece la posibilidad de añadir al diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) el de trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. También indica la posibilidad de añadir con pérdida de *insight*. La CIE-10 establece que los síntomas obsesivos en presencia de esquizofrenia deben ser considerados como una parte de la misma²⁻⁴. El paso de una obsesión a una idea sobrevalorada (convicción errónea acompañada de un importante sustrato afectivo) y a una idea

delirante (creencia errónea firmemente mantenida) puede ser la manifestación de un continuo psicopatológico⁵. El hecho clínico es que observamos pacientes que presentan episodios psicóticos en el contexto de un TOC⁶ y pacientes que por su falta de conciencia de enfermedad y su no resistencia a las obsesiones han sido catalogados de TOC con características psicóticas crónicas⁷. Otra visión diferente del problema, más categorial, clasifica a los pacientes en afectos de trastorno psicótico aun cuando hayan empezado con obsesiones y posteriormente aparezcan los síntomas psicóticos, trastorno esquizofrénico con fenómenos obsesivos, trastorno obsesivo en el que aparecen reacciones paranoides y reactivas y psicosis obsesiva en pacientes que tienen síntomas que bordean el delirio, pero que no son realmente esquizofrénicos⁷.

Presentamos cuatro casos clínicos para ilustrar estos aspectos: TOC, TOC con pérdida parcial de la conciencia de enfermedad y TOC sin conciencia de enfermedad.

CASO 1

Paciente mujer de 70 años de edad afecta de un TOC de larga evolución y cuya sintomatología predominante consistía en un impulso de mirar hacia los genitales de

Correspondencia:

Antonio L. Palomo Nicolau
Centros Asistenciales Torribera
Prat de la Riba, 171
08921 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
Correo electrónico: palomoal@diba.es

los hombres. Con el paso del tiempo desarrolló la idea delirante de que todos, primero en su barrio y después en su ciudad, sabían que hacía esto y que por ese motivo la repudiaban. Unos dejaron de saludarla, otros, cuando se los encontraba por la calle, cambiaban la dirección o agachaban la cabeza. Creía que en los comercios evitaban despacharla para no tener que hablar con ella. Presentaba un síndrome depresivo secundario, así como ideas de culpa debidas a lo morboso de su pensamiento. Se inició tratamiento con sertralina hasta 200 mg/día. Los impulsos disminuyeron en intensidad, apareciendo de forma menos frecuente y con control por parte de la paciente. Las ideas de que las personas con las que se cruzaba sabían lo que le sucedía y lo que había hecho, y de que éstas la rehuían, persistieron por un período de 3 meses con este tratamiento. Se añadieron 3 mg/día de risperidona; a las 3 semanas de haber iniciado el tratamiento las ideas delirantes de referencia desaparecieron por completo, la gente no la rehuía y podía hacer una vida normal en su barrio. Persistía la convicción delirante de que todo había sido cierto.

CASO 2

Paciente de 51 años de edad, mujer, afecta de un TOC de larga evolución que se inició con ideas obsesivas en relación con el orden, dudas y rituales de comprobación y que mejoraron parcialmente con fluoxetina.

Actualmente la idea obsesiva consiste en pensamientos repetitivos que cada vez se hacen más intensos y frecuentes, egodistónicos y con prueba correcta de la realidad que consiste en pensar que el dinero que gasta no es suyo y que lo ha de devolver. Cuando la intensidad del pensamiento aumenta mucho, la paciente piensa que es cierto y aparece un síndrome depresivo secundario.

Se aumentó el tratamiento de fluoxetina hasta 60 mg/día sin resultado, motivo por el que se cambió a clorimipramina 250 mg/día y alprazolam 3 mg/día. La sintomatología remitió parcialmente, la prueba de realidad fue de nuevo correcta, manteniéndose estable durante 3 semanas.

Después de esta mejoría inicial hubo un aumento de la intensidad de la sintomatología obsesiva hasta la pérdida total del *insight*. Se inició tratamiento con risperidona 3 mg/día con remisión de la sintomatología. Se mantuvo estable durante varios meses y actualmente presenta períodos de pérdida total del *insight* a pesar del tratamiento.

CASO 3

Paciente de 38 años de edad que ingresó en el Servicio de Psiquiatría por presentar un síndrome depresivo con ansiedad severa debido a ideas celotípicas.

Antecedentes familiares de padre diagnosticado de esquizofrenia, dos hermanos afectados de esclerosis múltiple y seis hermanos han padecido episodios depresivos. Antecedentes personales de miopía con 25 dioptrías en

ambos ojos. Antecedentes de tratamiento psicológico por un problema de celotipia.

El proceso actual se inició hace 10 años con un problema de celos en relación a una mujer y que se ha mantenido hasta ahora provocando sentimientos depresivos y aumento de ansiedad. A la exploración destaca un estado de ánimo depresivo con lentitud psicomotora e ideas de suicidio poco estructuradas. Preocupado por el orden desde siempre, con ideas de estar sucio o contaminado, egodistónicas, sin resistencia, vividas sin crítica y con prueba de realidad correcta. El inicio de las mismas es en la infancia. Se acompañan de rituales de limpieza, así como de dudas y comprobaciones para reducir la ansiedad. También presenta pensamientos repetitivos de oler mal. Como rasgos de personalidad desadaptativos presenta ansiedad social grave debida a sentimientos de inferioridad y de inutilidad y evitación de situaciones donde se tenga que relacionar. Para el paciente éste es su único problema y el motivo de su ingreso hospitalario. Presenta ideas delirantes celotípicas. No presenta trastornos de la sensorio-percepción. Se instauró tratamiento con fluoxetina hasta 80 mg/día, diazepam hasta 20 mg/día y olanzapina hasta 7,5 mg/día. Los pensamientos y rituales obsesivos no mejoraron, motivo por el que se cambió el tratamiento por clorimipramina hasta 150 mg/día, empezando a mejorar la clínica obsesiva. Las ideas celotípicas desaparecieron sin que el paciente hiciera crítica de las mismas. La sintomatología ansiosa y la incapacidad para mantener un funcionamiento correcto no mejoraron.

CASO 4

Paciente de 32 años que ingresó por presentar un importante deterioro del estado físico con delgadez y palidez extremas, así como descuido del aseo personal. Antecedentes de cuatro ingresos anteriores producidos en las mismas circunstancias.

En los últimos meses no sale de casa, no se lava, ni se corta el pelo, ni la barba, no se cambia de ropa, va por la casa vestido con la misma camisa y sólo se sienta en una silla que su madre compró exclusivamente para él. Cada vez está más delgado, ya que solamente come alimentos enlatados o precintados, por el temor a que puedan estar contaminados por las manos de su madre. El paciente no quiere usar la misma bañera que usan sus padres, por lo que no se ducha. No quiere que laven su ropa en la misma lavadora que lo hacen ellos, por lo que no se cambia de ropa, e incluso se niega a dormir en su cama desde que su madre le cambió las sábanas, durmiendo desde entonces en su silla. No sale de casa para evitar que sus padres entren en su habitación y la «contaminen».

Refiere rituales de limpieza de objetos y manos. Evita aquellos utensilios que habitualmente se tocan con frecuencia, por ejemplo, los pomos de las puertas, grifos y el auricular del teléfono. Si bien no sabe explicar por qué actúa así, reconoce que cuando en alguna ocasión intenta resistirse a los rituales acaba desistiendo por la ansiedad, y si llega a hacerlo siente asco y repugnancia el res-

to del día. El paciente reconoce estas ideas como propias y no impuestas. Insiste en que si sus padres se ajustasen a sus normas él no tendría ningún problema. No entienden de la necesidad del ingreso. No se objetiva ideación delirante ni alteraciones sensorio-perceptivas.

Se inició tratamiento con clorimipramina en pauta creciente por vía intravenosa y posteriormente se cambia a vía intramuscular y oral hasta 450 mg/día. Pese a la correcta toma del tratamiento antidepressivo, se objetiva una mejoría parcial de la sintomatología; se baja la clorimipramina hasta 150 mg y se añade pimozide hasta 4 mg/día y biperideno hasta 4 mg/día. Posteriormente el paciente presenta sintomatología extrapiramidal, por lo que se sustituyó el tratamiento de pimozide por risperidona con dosis de 1,5 mg/día y retirada gradual del tratamiento con biperideno, sin producirse nuevos efectos extrapiramidales. Con el tratamiento se normalizaron los hábitos higiénicos y de alimentación hasta un nivel aceptable. Persiste poca conciencia de enfermedad, incluyendo sus obsesiones y rituales en sus rasgos habituales de pensamiento y comportamiento.

DISCUSIÓN

En las observaciones clínicas descritas, así como en bibliografía consultada, encontramos trastornos del pensamiento que escapan a la definición clásica de las obsesiones^{5,6,8,9}. Cuando se pierde el *insight* (el reconocimiento de los pensamientos como exagerados o sin sentido) y la resistencia, estos pacientes se sitúan más cerca de la psicosis. Está descrito que cuanto más frecuentes son los pensamientos intrusivos, más irracionales son las interpretaciones de los mismos¹⁰, como en el caso 2.

Pensamos que una clasificación útil sería la de TOC, TOC con pérdida parcial de la conciencia de enfermedad y TOC sin conciencia de enfermedad. El segundo tipo presentaría unas características similares al TOC clásico, pero en el que aparecen ideas delirantes, bien por la transformación de la idea obsesiva en delirante o por la aparición reactiva de una idea delirante, respondiendo al tratamiento con neurolepticos. En el tercer tipo, de inicio en la infancia, las obsesiones no son vividas como extrañas y la conciencia de enfermedad o no se alcanza nunca o bien se pierde temprano; en estos pacientes también pueden aparecer ideas delirantes sin relación con la idea obsesiva, y aunque el tratamiento neuroleptico normalmente hace desaparecer la idea delirante, el funcionamiento del individuo se ve alterado por la falta de conciencia viviendo sus pensamientos sin ninguna resistencia ni control.

Los dos primeros casos se corresponderían con TOC y pérdida parcial de la conciencia de enfermedad, sin involucrar otras áreas de funcionamiento. En los casos 3

y 4 el aspecto fundamental es la falta de conciencia de enfermedad, el poco reconocimiento de las alteraciones patológicas de los pensamientos y la conducta y la afectación global de la personalidad del sujeto. Son TOC resistentes al tratamiento en los que la aparición de psicosis, o como en el caso 4, el aumento de intensidad de las obsesiones y compulsiones mejoran con el tratamiento antipsicótico.

La distinción de este tipo de pacientes puede tener implicaciones terapéuticas que se están investigando en la actualidad. Existen trabajos que aconsejan el uso de neurolepticos asociados al tratamiento con antidepressivos con respuesta favorable^{12,13}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Ruiloba J. Clínica de los trastornos obsesivo-compulsivos. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE, editores. Estados obsesivos. Barcelona: Masson, 1995; p. 27-54.
2. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. APA. Barcelona: Masson, 1995; p. 428-34.
3. Frances A, Firts MB, Pincus HA. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: DSM-VI. Guía de uso. APA. Barcelona: Masson, 1997; p. 314-21.
4. CIE-10. Trastorno obsesivo-compulsivo. OMS 1993. Madrid: Meditor; p. 130-1.
5. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther 1994;32(3):343-53.
6. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. Am J Psychiatry 1986;143:1527-33.
7. Vallejo Ruiloba J. Relación de los trastornos obsesivos con otras patologías psíquicas. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE, editores. Estados obsesivos. Barcelona: Masson, 1995; p. 71-90.
8. Eisen J, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. J Clin Psych Oct 1993;54:10.
9. De Lucas Taracena MT, Zubeldia V, Fernández Álvarez MA, Asenjo Rodríguez E. Trastorno obsesivo psicótico en la adolescencia. Actas Esp Psiquiatr 2000;28(6):399-401.
10. O'Dwyer AM, Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. Br J Psychiatry 2000;176:281-4.
11. Yao SN, Cottraux J, Martín R. Une étude contrôlée sur les interprétations irrationnelles des pensées intrusives dans les troubles obsessionnels compulsifs. L'Encéphale 1999; 25:461-9.
12. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH, Delgado PL, Krystal JH, Charney DS, et al. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1990;147:652-4.
13. McDougle CJ, Fleismann RL, Epperson CN, Wasylink S, Leckmann JE, Price LH. Risperidone addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: three cases. J Clin Psychiatry 1995;56:526-8.