



Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“Panorama de la Investigación e Intervención del Trastorno
Obsesivo Compulsivo en la Ciudad de México”**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Guillermo Esparza Ramírez

Director: Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Dictaminadores: Dra. Anabel de la Rosa Gómez

Dra. Alba Luz Robles Mendoza



Los Reyes Iztacala, Edo de México, noviembre de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Perspectiva psicodinámica	5
1.3. Revolución del sistema y avance científico	8
CAPÍTULO 2. Estado actual de la investigación e intervención del TOC por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)	13
2.1. Principales cambios para el TOC en el DSM-5	13
2.2. Guía práctica para el tratamiento de pacientes con TOC	26
CAPÍTULO 3. Investigación e intervención del TOC en México	35
3.1. Estudios epidemiológicos	35
3.2. Tratamiento	38
CAPÍTULO 4. Presentación y evaluación de las Guías de Práctica Clínica para el TOC en la Ciudad de México	43
4.1. Elementos mínimos que debe presentar una guía de práctica clínica para el TOC	43
4.2. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro	43
4.3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	49
4.4. Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud	55
CONCLUSIONES	61
REFERENCIAS	64

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiene una prevalencia anual estimada de 1.2% para Estados Unidos, y de 1.1-1.8% en el ámbito internacional. Las personas con esta condición ven alterada sustancialmente su vida diaria debido al sufrimiento que provoca y al daño que sus síntomas pueden producir en el funcionamiento psíquico y social del individuo. Además, se estima que puede conducir al suicidio en aproximadamente una cuarta parte de las personas que lo padecen (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Aunque todavía no hay un consenso acerca de su etiología, desde su aparición como uno de los trastornos de ansiedad en el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) (American Psychiatric Association, 1980), la clasificación ha permitido un rápido desarrollo de su investigación y tratamiento.

En julio de 2007, con el fin de ofrecer al profesional de la salud mental directrices para detectarlo y planificar una intervención, la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association, APA*), publicó la “Guía de práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo” (*Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*).

En 2013, el avance acerca de los tratamientos y nuevos hallazgos sobre los mecanismos que intervienen en este padecimiento, condujo a la formación de un capítulo propio del TOC dentro del manual, y en el mismo año, se realizó una revisión de la guía con el fin de adecuarla a estos cambios.

Si bien la adhesión a los parámetros de práctica formulados por la APA no asegura un resultado exitoso para cada individuo, ni incluye todos los métodos apropiados de cuidado o la exclusión de otros métodos aceptables, es hasta el momento el instrumento más sólido y confiable con el que se cuenta, debido a la evidencia que lo soporta y el examen a que está sujeto.

Gracias a las nuevas tecnologías de la información se esperaría que el avance del conocimiento científico, tecnológico y los patrones de práctica clínica sobre el TOC, se extendieran de manera más rápida alrededor del mundo, sin embargo, en México la falta de datos epidemiológicos actuales, de información científica disponible en el propio idioma y

la brecha que existe entre la identificación de los síntomas y su diagnóstico, sugiere que existe una disparidad entre el producto de la investigación sobre el TOC y su puesta en práctica al intervenir de manera eficiente en su tratamiento.

Este asunto cobra relevancia debido a las características propias del padecimiento, ya que, cuando un trastorno tiene una larga duración, una edad de inicio más temprana, es de naturaleza crónica, tiene una alta prevalencia, existen pocos tratamientos eficaces para combatirlo y presenta alto riesgo de producir discapacidad, incrementa su importancia como un problema de salud pública (Borges, Medina-Mora y López-Moreno, 2004).

Es probable que el TOC tenga una creciente carga sanitaria en México, sin embargo, no existe información actual y suficiente de su prevalencia y el porcentaje de personas que lo padecen, pero que no reciben atención especializada. Por ello, la presente es solamente una investigación teórica de tipo exploratorio.

Debido a la cantidad de instituciones y profesionales de la salud mental que ofertan sus servicios para tratarlo en el país, este estudio se circunscribe a la Ciudad de México, donde al parecer continúa centralizada la atención a este tipo de trastornos. Y ya que, es deber del Estado salvaguardar la asistencia médica para los ciudadanos, se limita al análisis de los documentos que ofrecen las organizaciones gubernamentales para capacitar al personal de salud mental en su identificación, canalización y tratamiento.

Este estudio tiene entonces, por objetivo, investigar cuál es el estado de las intervenciones que se llevan a cabo en la Ciudad de México, y sobre qué conocimientos descansa dicha práctica. Para ello, es necesario contar con un punto de comparación que, aquí, corresponde al DSM, por lo que en el capítulo 1 se lleva a cabo una revisión histórica sobre el TOC a partir de su clasificación en dicho manual.

A continuación, en el capítulo 2 se presentan los actuales criterios diagnósticos para el TOC en el DSM-5, y las recomendaciones de intervención dictadas en la “Guía de práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo” de la APA.

En seguida, con el fin de ubicar el alcance que ha tenido la investigación dirigida al tratamiento del padecimiento en la urbe mexicana, el capítulo 3 presenta una revisión de la literatura sobre el trabajo que se ha realizado al respecto en las instituciones de salud.

Los resultados de la búsqueda de criterios para manejar el padecimiento en la actualidad en las instituciones de salud en la capital mexicana, es expuesta en el capítulo 4,

correspondiente a las guías de práctica clínica para el manejo del trastorno obsesivo compulsivo en la Ciudad de México. En él, se presentan los resultados de la comparación de las guías de práctica clínica disponibles para el manejo del trastorno obsesivo compulsivo en las instituciones de salud de la Ciudad de México, con la guía para el tratamiento de pacientes con TOC publicada por la APA.

CAPÍTULO 1. El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

1.1. Antecedentes

Debido a que, una clasificación independiente del TOC sólo existe a partir del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), no parece haber aún en la literatura especializada historia alguna sobre el padecimiento, no obstante, se cuenta con algunos acercamientos históricos sobre la ansiedad, y puesto que, desde su inclusión en el DSM el TOC había sido considerado un trastorno de ansiedad, es posible apoyarse en esos trabajos para identificar su evolución dentro de la investigación científica.

Existen referencias del TOC en la historia de la humanidad antes de su inclusión en cualquier sistema de clasificación. Autores como Yaryura-Tobias (1997), Jenike, Baer y Minichiello (2001) encuentran un antecedente en las creencias de posesión demoniaca del siglo XVII. Otros, como Cía (1995), Tallis (1999) y Berrios (2006) indican que los principales aportes al conocimiento de las obsesiones y las compulsiones comienzan con la definición actual de la palabra “obsesión”, atribuida a Wartburg en 1799.

Estos autores, también dan gran importancia a los estudios sobre el “delirio de tocar” y la “monomanía razonante” de Esquirol en 1838; al uso del término “compulsión” en su acepción moderna por parte de Westphal en 1877; al primer estudio comprensivo de las obsesiones y las compulsiones por parte de Pierre Janet en 1903; y a la descripción de los síntomas principales (obsesiones y compulsiones) realizada por Freud en 1917.

Heinze (1996) y Del Barrio (2009) identifican en el manual de psiquiatría de 1899 de Emil Kraepelin, el antecedente de los actuales sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales, es decir, la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud” (CIE por sus siglas en inglés) y el DSM.

Del Barrio (2009) considera que, la CIE careció de un lenguaje común clasificatorio desde su publicación en 1900, y que su falta de inclusión de las enfermedades mentales hasta su edición de 1948 (CIE-6), provocó que en 1945 las vicisitudes de la segunda guerra

mundial llevaran al ejército y la marina norteamericanos a crear un instrumento que fuese accesible para América, por lo que se creó el DSM (American Psychiatric Association, 1952).

1.2. Perspectiva psicodinámica

Tanto Del Barrio (2009), como García, Saldívar, Llanes y Sánchez (2011), y Jerez y Silva (2014), coinciden en que el DSM en su primera edición presentó una fuerte influencia de la psiquiatría organicista proveniente de Adolf Meyer y el psicoanálisis de Karl Menninger, quienes realizaron una división de las enfermedades mentales en dos grupos: (a) las que procedían de causas orgánicas, por ejemplo, intoxicación y traumas y; (b) las que se debían a la incapacidad del sujeto para adaptarse a estresores socio-ambientales, por ejemplo, la esquizofrenia y la neurosis.

El término “neurosis” tomado del psicoanálisis, sirvió para clasificar a gran parte de las enfermedades del segundo grupo, entre las que se encontraba la “reacción obsesiva compulsiva”. El término “reacción” “consideraba que las condiciones psiquiátricas eran patrones de reacción individuales, no enfermedades. Entendía a estas condiciones -y a los síntomas a ellas asociados- como expresiones simbólicas de problemas subyacentes” (Bianchi, E., 2013, p. 93-94).

En el primer DSM (American Psychiatric Association, 1952) la “reacción obsesiva compulsiva” se concebía como una de las posibles respuestas que se dan ante la ansiedad, como lo demuestra a continuación su definición:

000-x05 Reacción obsesiva compulsiva

En esta reacción la ansiedad se asocia con la persistencia de ideas no deseadas y de impulsos repetitivos para realizar actos que pueden ser considerados mórbidos por el paciente. El paciente mismo puede considerar sus ideas y comportamientos poco razonables, sin embargo, se ve obligado a llevar a cabo sus rituales.

El diagnóstico especificará la expresión sintomática de tales reacciones, como tocar, contar, realizar ceremonias, lavarse las manos, o

tener pensamientos recurrentes (acompañados a menudo por una compulsión a la acción repetitiva). Esta categoría incluye muchos casos anteriormente clasificados como “psicastenia” (p. 33). [Traducción del autor].

La ansiedad en los trastornos psiconeuróticos fue interpretada como una señal de peligro enviada y percibida por la parte consciente de la personalidad, pero producida por una amenaza dentro del sujeto, es decir, emociones reprimidas de impulsos agresivos. La ansiedad resultante podía tener diferentes expresiones sintomáticas, así, en el DSM se empleaban términos como: “reacción disociativa”, “reacción fóbica”, etcétera. La “reacción obsesiva-compulsiva” se producía cuando la ansiedad estaba asociada con la persistencia de ideas no deseadas y de impulsos repetitivos para realizar actos (Crocq, 2015).

En el DSM II (American Psychiatric Association, 1968), la categoría que clasificaba los síntomas de ansiedad se llamó “neurosis”, y su definición fue la siguiente:

300.3 Neurosis obsesiva compulsiva

Este trastorno se caracteriza por la intrusión persistente de pensamientos, impulsos o acciones indeseables que el paciente no puede detener. Los pensamientos pueden consistir en palabras aisladas o ideas, rumiaciones o trenes de pensamiento que el paciente percibe a menudo como absurdos. Las acciones varían desde simples movimientos a rituales complejos como el lavado de manos repetido. La ansiedad y la angustia están a menudo presentes, ya sea que el paciente se vea impedido de completar su ritual compulsivo o si le preocupa ser incapaz de controlarlo él mismo (American Psychiatric Association, 1968, p. 40). [Traducción del autor].

En esta edición se postulaban diferentes tipos de neurosis, clasificadas con acuerdo a su característica más notoria. Así, por ejemplo, la “neurosis de ansiedad”, era caracterizada por el exceso de ansiedad y sus síntomas somáticos; en cambio, la “neurosis obsesiva compulsiva” se caracterizaba por las quejas de debilidad crónica, y fácil

fatigabilidad o agotamiento (Crocq, 2015). El padecimiento obsesivo compulsivo comenzó a ser considerado entonces, un desorden o trastorno; con ello, se limitó el influjo de la psiquiatría organicista de Meyer, pero se extendió la influencia del psicoanálisis por más de una década.

Según al análisis de Yaryura-Tobias (1997):

Desde el punto de vista freudiano, todas las neurosis tienen su origen en la infancia, en los conflictos entre hijos y padres. Durante esa época, al mismo tiempo que el niño depende del amor y cuidado que le den los padres se halla también sujeto a la disciplina parental. Cuanto más poderoso sea el conflicto y sus consecuencias, más afectará el desarrollo del niño y, en consecuencia, más probabilidades tendrá de padecer una neurosis. (p. 143).

En el caso de la “neurosis obsesiva”, ocurría por la exigencia de la madre hacía su hijo para controlar esfínteres cuando el niño aún no estaba listo para dicho entrenamiento, y el conflicto llevaba a una fijación del desarrollo en la etapa anal. En el niño creaba “una lucha interna entre su propio miedo culpable y su sentimiento de rabia desafiante” (Yaryura-Tobias, 1997, p. 144). La culpa se creaba debido a que el niño creía que podía causar daño a los padres al sentir rabia hacia ellos.

Pero, Orlansky (1949) (Citado en Yaryura-Tobias, 1997) concluye que la información acerca de la relación entre los cuidados en la infancia y el desarrollo de la personalidad, es insuficiente para contrastar la teoría freudiana. Por su parte, Sewell y cols. (1955) (Citado en Yaryura-Tobias, 1997) al estudiar la posible correlación entre las prácticas de entrenamiento en control de esfínteres con la personalidad de niños de 5 años, no encontraron diferencias entre quienes habían logrado un control precoz, de los que lo hicieron de manera tardía; ni diferencias entre quienes habían sido castigados por tal motivo y quienes no recibieron castigo. El abandono del psicoanálisis se justificó entonces, por la falta de estudios experimentalmente reproducibles con resultados controlados, ya que impedía evaluar el enfoque terapéutico (Yaryura-Tobias, 1997).

1.3. Revolución del sistema y avance científico

En 1980 el grupo de trabajo a cargo de Robert Spitzer para la nueva edición del DSM intentó dar respuesta a la crítica fundamental que se había hecho a las clasificaciones anteriores, según la cual, los trastornos mentales no eran verdaderas enfermedades y, por tanto, no correspondía a la medicina tratarlas (Jerez y Silva, 2014; Crocq, 2015). Si se pretendía que los diagnósticos psiquiátricos fuesen considerados científicos, era necesario basarlos en procesos biológicos. Esta perspectiva conocida como “neo-krapelianismo”, terminó por hacer a un lado el enfoque psicodinámico heredado de las dos ediciones precedentes.

Lo que en el anterior DSM se consideraba “neurosis”, ahora se llamó “trastorno de ansiedad”. Los trastornos de ansiedad fueron divididos en dos grupos: (a) trastornos fóbicos, y (b) estados de ansiedad (en este último se clasificó el TOC).

En la introducción del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) se explica de la siguiente manera:

A lo largo del desarrollo del DSM-III, la omisión de la clase diagnóstica de neurosis del DSM-II ha sido motivo de gran preocupación para muchos médicos y requiere una explicación.

Cuando Freud utilizó por primera vez el término psiconeurosis, se refería sólo a cuatro subtipos: la neurosis de ansiedad, la histeria de ansiedad (fobia), la neurosis obsesiva compulsiva y la histeria. Freud utilizó el término tanto descriptivamente (para indicar un síntoma doloroso en un individuo con pruebas de realidad intacta) como para indicar el proceso etiológico (conflicto inconsciente que provoca ansiedad y que conduce al uso inadaptado de mecanismos defensivos que dan lugar a la formación de síntomas).

En la actualidad, sin embargo, no hay consenso en nuestro campo sobre cómo definir la “neurosis”. Algunos clínicos limitan el término a su

significado descriptivo, mientras que otros también incluyen el concepto de un proceso etiológico específico. Para evitar la ambigüedad, el término trastorno neurótico debe usarse sólo descriptivamente [...]

Aunque muchos psicólogos de orientación psicodinámica creen que el proceso neurótico siempre desempeña un papel central en el desarrollo de trastornos neuróticos, existen otras teorías sobre cómo se desarrollan estos trastornos. Por ejemplo, existen modelos de aprendizaje social, cognitivo, conductual y biológico, que intentan explicar el desarrollo de diversos trastornos neuróticos.

Por lo tanto, el término trastorno neurótico se utiliza en el DSM-III sin ninguna implicación de un proceso etiológico especial. (p. 10).

[Traducción del autor].

Una vez eliminado el significado descriptivo y el concepto etiológico de la neurosis en términos psicodinámicos, el TOC se definió en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) como se indica a continuación:

300.30 Trastorno Obsesivo Compulsivo (o Neurosis Obsesiva Compulsiva)

Las características esenciales son obsesiones recurrentes o compulsiones. Las obsesiones son ideas recurrentes, persistentes, pensamientos, imágenes o impulsos egodistónicos, es decir, no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y son experimentados como insensatos o repugnantes. Se hacen intentos para ignorarlos o suprimirlos. Las compulsiones son comportamientos repetitivos y aparentemente intencionales, que se realizan de acuerdo con ciertas reglas o de una manera

estereotipada. El comportamiento no es un fin en sí mismo, sino que está diseñado para producir o para prevenir algún evento o situación futura. Sin embargo, la actividad no está conectada de manera realista con lo que está diseñado para producir o prevenir, o puede ser claramente excesivo. El acto se realiza con una sensación de compresión subjetiva junto con un deseo de resistir la compulsión (al menos inicialmente). El individuo generalmente reconoce la falta de sentido del comportamiento (esto puede no ser cierto para los niños pequeños) y no obtiene placer al realizar la actividad, aunque proporciona una liberación de tensión.

Las obsesiones más comunes son pensamientos repetitivos de violencia (por ejemplo, matar a su hijo), contaminación (por ejemplo, infectarse por estrechar la mano) y duda (por ejemplo, preguntándose repetidamente si se ha realizado alguna acción, como haber herido a alguien en un accidente de tráfico). Las compulsiones más comunes incluyen lavarse las manos, contar, comprobar y tocar.

Cuando el individuo intenta resistir una compulsión, hay una sensación de tensión creciente que puede aliviarse inmediatamente cediendo a la compulsión.

En el transcurso de la enfermedad, después de repetidos fracasos en resistir las compulsiones, el individuo puede ceder ante ellas y ya no experimentar el deseo de resistirlas (American Psychiatric Association, 1980, p. 235). [Traducción del autor].

El uso de instrumentos de evaluación cuantitativa y listados de síntomas orientados a objetivar el diagnóstico, así como la investigación y el uso de los primeros psicofármacos,

dio al DSM-III tal prestigio que sus criterios diagnósticos fueron incorporados a los programas de formación de especialistas, se convirtió en un requisito para publicar en revistas especializadas y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA), requería que los nuevos medicamentos demostraran su eficacia para tratar los diagnósticos con acuerdo al DSM (Jerez y Silva, 2015).

Además, fue en la tercera edición del DSM que se realizó un estudio detallado del TOC, se incluyó a la depresión y la ansiedad como características asociadas, se dieron datos sobre la edad de inicio, y se indicó el curso crónico del trastorno. Asimismo, debido a que sus síntomas podían ser confundidos con los de otros trastornos, se incluyó por primera vez un diagnóstico diferencial y se enlistaron los criterios diagnósticos para identificar el TOC.

Del Barrio (2009), Jerez y Silva (2015) y Crocq (2015) concuerdan en que el DSM-III revolucionó el sistema de clasificación y con ello permitió el desarrollo de la investigación científica acerca de los trastornos mentales. De acuerdo con Del Barrio (2009), el DSM se extendió por encima de la CIE a partir de 1980, debido a que el manual en su tercera edición incluyó “la explicitación de los criterios con los que se construyen las categorías y la ampliación que supusieron los cinco ejes diagnósticos” (p.83), que permitieron ubicar alteraciones que presentaban dificultades diagnósticas y ayudaron a matizar la gravedad de las enfermedades restantes.

Cada eje correspondía a un área distinta de información sobre el paciente: eje I trastornos clínicos, eje II trastornos de la personalidad, eje III enfermedades médicas, eje IV problemas psicosociales y ambientales, eje V evaluación de la actividad global. De manera que facilitara al clínico una evaluación más completa y sistemática de los factores que podrían estar involucrados en el trastorno, y con ello, ayudarlo en el diseño de un tratamiento adecuado a las características del individuo.

Heinze (1996), García (2011) y Jerez y Silva (2015) aseguran que el sistema de clasificación no experimentó grandes cambios en los siguientes 30 años luego de la tercera edición, por lo que el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), sólo supusieron detalles menores respecto a la clasificación del TOC.

Aunque sólo hasta la más reciente edición del DSM el TOC adquirió una clasificación propia, las principales aportaciones al conocimiento de este padecimiento han podido rastrearse desde 1799 (momento en que Wartburg definió el término obsesión con el sentido que hoy se le atribuye en la psiquiatría moderna) hasta la publicación del manual de psiquiatría de Emil Kraepelin en 1899.

El DSM en su primera y segunda edición conceptualizó el TOC desde un punto de vista psicodinámico, pero en 1980, la tercera edición representó una revolución del sistema de clasificación de los trastornos mentales y permitió un estudio de estos con mayor rigor científico.

Las siguientes ediciones del manual no parecen haber realizado cambios significativos en cuanto a la clasificación del TOC se refiere. La aparición del DSM-5 en cambio, ha significado una revolución, ya que, como se expondrá en el siguiente capítulo, por primera vez, el creciente conocimiento de los diferentes circuitos cerebrales subyacentes a las obsesiones y compulsiones desempeña un papel importante en la clasificación.

CAPÍTULO 2. Estado actual de la investigación e intervención del TOC por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

2.1. Principales cambios para el TOC en el DSM-5

La quinta edición del DSM (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) trajo consigo una reestructuración de lo que conocemos como TOC. Por primera vez este padecimiento conforma un capítulo aparte en el manual, gracias a los avances realizados tanto en la investigación del trastorno como en la eficacia de los psicofármacos utilizados en su tratamiento desde la década de 1980.

En la sección II del DSM-5, correspondiente a los criterios y códigos diagnósticos, el capítulo “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados” incluye a los trastornos que se caracterizan por presentar pensamientos o conductas repetitivas, o ambos, y que se supone comparten mecanismos psicobiológicos similares.

En dicho capítulo se incluyen: (a) TOC, (b) Trastorno dismórfico corporal, (c) Trastorno de acumulación, (d) Tricotilomanía o Trastorno de arrancarse el pelo, (e) Trastorno de escoriación, (f) Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, (g) Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, (h) Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados, y (i) Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados, tales como trastornos de conductas repetitivas centradas en el cuerpo y los celos obsesivos.

En la práctica clínica el nuevo apartado resulta conveniente debido a que muchos de los trastornos ahí incluidos son comórbidos, es decir, que pueden presentarse junto con uno o más de los trastornos considerados en el mismo capítulo, por ejemplo, una persona diagnosticada con TOC podría presentar también trastorno dismórfico corporal.

Esta innovación representa al menos tres ventajas: (a) al estar en un mismo apartado, el profesional de la salud mental puede considerar preguntar por la posible presencia de cualquiera de los otros trastornos; (b) se facilita preguntar si alguien más en la familia padece éste u otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, ya que estos trastornos se pueden presentar con mayor predominio que otros en los demás miembros de

la familia, y; (c) los trastornos incluidos, también comparten algunos métodos de evaluación y tratamiento.

Es verdad que trastornos como la tricotilomanía y el trastorno de acumulación no están estrechamente relacionados y sin embargo se incluyen en el mismo capítulo; pero las investigaciones sobre la etiología y fisiopatología del TOC y los trastornos relacionados aún están en proceso y la clasificación sólo debe tomarse como una guía para evaluar y proponer un tratamiento en tanto se cuenta con datos concluyentes.

En el DSM-IV-TR el trastorno dismórfico corporal se clasificaba dentro de los trastornos somatomorfos, y la tricotilomanía en los trastornos de control de impulsos; pero ahora se sabe que comparten con el TOC características clínicas tales como las obsesiones prominentes, las preocupaciones y las conductas repetitivas.

El papel que la ansiedad juega en trastornos como el TOC y el trastorno dismórfico corporal se hace patente en el DSM-5 al observar que el capítulo sobre TOC sigue inmediatamente al capítulo sobre trastornos de ansiedad, pues a diferencia de ediciones anteriores, el orden que siguen los capítulos indica la relación aparente entre unos y otros.

Los criterios que deben cubrirse para diagnosticar TOC según el DSM-5, son los siguientes:

300.3 (F42)

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).

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.

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.

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 excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; 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 la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

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 piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección: 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.

(DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 273).

Al igual que en el DSM-IV-TR (2000), el criterio A describe los síntomas característicos del TOC, sin embargo, en el DSM-5 se indica que pueden presentarse únicamente obsesiones o solamente compulsiones, o pueden estar presentes ambas. El

criterio en el DSM-IV-TR impedía el diagnóstico de TOC en personas que no presentaban tanto obsesiones como compulsiones.

En el DSM-IV-TR las obsesiones se definían por cuatro puntos, en tanto que en el DSM-5 se definen sólo por dos puntos, en el primero de ellos se definen las obsesiones como pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes; pero, en la versión anterior, se decía que se experimentan como inapropiados, mientras que en el DSM-5 se describen como “no deseados”, pues lo que resulta inapropiado puede cambiar de una cultura a otra (Leckman et al., 2010).

El criterio 1 del DSM-IV-TR establecía que las obsesiones causan ansiedad o malestar significativos, sin embargo, algunos pacientes reportan sólo una leve ansiedad o angustia (Leckman et al., 2010), por lo cual en el DSM-5 se especifica que, en algún momento durante el trastorno, las obsesiones causan marcada ansiedad o malestar en la mayoría de los individuos.

En el DSM-IV-TR, los puntos 2 y 4 estaban destinados a distinguir el TOC del trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos psicóticos. El punto 2 indicaba que los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real, y el punto 4, que la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente. Ahora estos puntos se incorporaron a la lista ampliada de diagnósticos diferenciales en el Criterio D del DSM-5.

El criterio B en el DSM-IV-TR, indicaba que, en algún momento del trastorno la persona reconoce que las obsesiones o las compulsiones resultan excesivas; pero el DSM-5 eliminó la necesidad de que se cumpla con este criterio, ya que este tipo de percepción es variable en los individuos con TOC. En su lugar, se añadió una serie de especificadores entre los que es posible elegir entre introspección buena o aceptable, poca introspección o ausencia de introspección/creencias delirantes.

Gracias a este nuevo especificador, se eliminó la variante delirante del TOC de la sección de psicosis del DSM. La repercusión clínica es sumamente importante, debido a que, las personas con introspección pobre o ausente e incluso con ideas delirantes, ya no deberán ser tratados con antipsicóticos como primera línea de tratamiento, sino con inhibidores de la recaptura de serotonina (Okuda y Simpson, 2015).

El criterio C del DSM-IV-TR, indicaba que las obsesiones y compulsiones debían representar una pérdida de tiempo para el paciente, de más de una hora al día; pero el DSM-5 reformuló este criterio como B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria), haciendo énfasis en que lo importante no es el tiempo sino lo incapacitante que resultan las obsesiones y compulsiones.

El criterio D en la anterior edición del DSM decía que, si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él. La intención del criterio era diferenciar las obsesiones o compulsiones que se presentan en otros trastornos, por ejemplo, en trastornos alimentarios o en el trastorno dismórfico corporal. En el DSM-5 permaneció como criterio D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, y se ilustra con ejemplos de preocupaciones excesivas en otros trastornos, con el fin de diferenciarlas de las que podrían ser meramente obsesiones o compulsiones de TOC.

El criterio E del DSM-IV-TR que indicaba que el trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad, fue reemplazado en el DSM-5 con el criterio C, el cual advierte que no es posible determinar totalmente si los síntomas se deben a otra afección, sino, únicamente suponerlo con cierto grado de probabilidad, por lo cual se hace énfasis en que los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden “atribuir” a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.

Por ejemplo, factores como el deterioro en los circuitos corticoestriado-talamocorticales excluyen un diagnóstico de TOC y se debe realizar un diagnóstico de otro trastorno relacionado debido a otra condición médica (Leckman et al., 2010). Pero, “si el TOC coincide con un trastorno por tics en el contexto de una infección estreptocócica, tanto el TOC como el trastorno por tics se diagnostican porque la asociación entre la infección estreptococcal y el desarrollo de TOC sigue siendo poco clara” (Okuda y Simpson, 2015, p. 28).

Aunque tener creencias disfuncionales no es privativo de los pacientes con TOC, se han podido identificar tipos de creencias que les caracterizan:

Estas creencias son un sentido exagerado de la responsabilidad, la tendencia a sobreestimar las amenazas, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, otorgar excesiva importancia a los pensamientos (p. ej., la

creencia de que tener un pensamiento prohibido es tan malo como el realizarlo) y la necesidad de controlar los pensamientos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 238).

El TOC relacionado con tics es un nuevo especificador que influye en el pronóstico y tratamiento del paciente, puesto que, se ha encontrado que el TOC comórbido con trastorno por tics sucede más frecuentemente durante la infancia y predominantemente en el género masculino, y tiene una mayor probabilidad de remisión (Leckman et al., 2010).

Es indispensable tener presente, que, aun cuando existen similitudes en los trastornos que componen el capítulo de TOC en el DSM-5, no son trastornos derivados del TOC, no son subtipos, y por lo tanto, no debe dárseles el mismo tratamiento. El apartado “diagnóstico diferencial” sirve precisamente para identificar estos contrastes al momento de realizar una evaluación (Phillips y Stein, 2015).

La anterior edición del DSM ya contaba con un apartado de diagnóstico diferencial para distar las obsesiones y compulsiones del TOC de síntomas similares encontrados en el trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno depresivo mayor, trastorno de tics y movimientos estereotipados, trastornos psicóticos, parafilias, trastornos del juego, trastornos por el uso de sustancias y el trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva.

En el DSM-5 se ha añadido el diagnóstico diferencial para los trastornos de la alimentación y para los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. El TOC puede distinguirse de los trastornos alimentarios, por ejemplo, de la anorexia nerviosa, en que las obsesiones y las compulsiones del paciente con TOC no se limitan a las preocupaciones sobre el peso, los alimentos o el ejercicio.

Si las obsesiones y las compulsiones se limitan a los defectos percibidos en la apariencia física, debe ser diagnosticado trastorno dismórfico corporal en lugar de TOC. En el caso de la tricotilomanía, la conducta compulsiva se limita al arrancamiento del pelo en ausencia de obsesiones. Y en el trastorno de acumulación los síntomas se centran en la acumulación excesiva de objetos, la dificultad persistente de descartar las posesiones y la angustia asociada con el desecho de objetos.

Cabe señalar que, cuando un individuo tiene obsesiones que son típicas del TOC, por ejemplo, aquellas sobre el daño o sentirse incompleto, y éstas conducen a comportamientos compulsivos de acumulación (por ejemplo, no descartar periódicos antiguos porque pueden contener información que podría prevenir el daño) se debe diagnosticar TOC y no trastorno de acumulación.

A diferencia del DSM-IV-TR, el DSM-5 incluye un apartado de características asociadas que apoyan el diagnóstico, que ha considerado tener presente cuatro dimensiones que pueden auxiliar a los profesionales de la salud mental a apreciar variaciones en la presentación de los síntomas de un paciente a otro.

Cada dimensión representa el contenido de obsesiones y compulsiones en una persona, tales como: (a) limpieza (obsesiones de contaminación, compulsiones de limpieza); (b) simetría (obsesiones de simetría, repetición/ordenamiento/compulsiones de recuento); (c) pensamientos prohibidos o tabú (por ejemplo, obsesiones sexuales/religiosas y compulsiones relacionadas); y (d) daño (por ejemplo, temores de daño a sí mismo o a los demás, y compulsiones de comprobación).

A la luz de los estudios contemplados para la preparación del DSM-5, se actualizaron los datos demográficos y de curso que se tenían acerca del padecimiento, sobre todo en Estados Unidos y algunos otros países. En el presente trabajo se han podido rastrear algunos de los artículos sobre los cuales se basa la información y se incluye la referencia de cada uno.

Prevalencia.

En los Estados Unidos se ha reportado una prevalencia anual de TOC del 1.2%, mientras que, la prevalencia de TOC a lo largo de la vida es de 2.3%. Aproximadamente un tercio de los casos cae en la categoría de TOC severo (Ruscio et al., 2010). El género masculino es mayormente afectado durante la infancia, aproximadamente el 25% tiene su inicio antes de los 10 años; mientras que, la tasa de afectación es mayor entre las mujeres adultas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Desarrollo y curso.

La edad media de inicio del TOC en Estados Unidos es de 19.5 años. Aproximadamente una cuarta parte de los casos comienza a los 10 años. La aparición después de los 30 años es rara (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El inicio de los síntomas suele ser gradual; pero cuando hay apariciones agudas se han asociado con etiologías infecciosas (Leckman et al., 2010). De no tratarse, el TOC tiende a presentar un curso fluctuante y a menudo crónico. Las tasas de remisión en los adultos son del 20% para quienes han sido reevaluados 40 años después (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Las personas con TOC de inicio en la infancia tienen un pronóstico más favorable, ya que hasta el 40% de ellos puede experimentar la remisión de los síntomas a principios de la edad adulta (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Sin embargo, cuando el TOC es de inicio temprano puede estar asociado con un mayor deterioro en el funcionamiento social, familiar, académico y vocacional. Los síntomas del TOC pueden afectar adversamente la trayectoria del desarrollo normal de la niñez y del adolescente, que puede conducir a detrimentos en la vida adulta (Okuda y Simpson, 2015).

Factores de riesgo y pronóstico.

Los pacientes con TOC en cualquier parte del mundo parecen coincidir en datos demográficos tales como: la distribución de género, la edad de inicio y la comorbilidad. Los síntomas centrales parecen ser en gran medida independientes de la cultura, la etnia y la ubicación geográfica (Matsunaga y Seedat, 2007).

Los estudios con gemelos y familiares sugieren que existe una alta susceptibilidad genética al TOC. En los familiares de primer grado de adultos con TOC, la tasa de TOC es dos veces mayor que la tasa de quienes no tienen TOC. Entre los familiares de primer grado de personas con inicio de TOC en la infancia, la tasa se incrementa diez veces más (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Riesgo de suicidio.

Los pensamientos suicidas son relativamente frecuentes en las personas con TOC. Torres et al. (2011) reportó que el 36% (210) de 582 pacientes ambulatorios habían tenido

pensamientos suicidas en algún momento de su vida, 20% (117) habían hecho planes suicidas, 1% (64) habían intentado suicidarse, y el 10% (58) tenía pensamientos suicidas en la actualidad.

La incidencia de los intentos de suicidio es mayor en los individuos con TOC en comparación con la población general. Se han reportado tasas de intentos de suicidio de 10% a 27%. Un historial de trastorno depresivo mayor, de trastorno de estrés postraumático, o un trastorno comórbido de uso de sustancias (con pensamientos suicidas y planes de suicidio), aumenta el riesgo de intento de suicidio (Torres et al., 2011).

Consecuencias funcionales del TOC.

El TOC se asocia con una calidad de vida reducida comparable a la de la esquizofrenia y los trastornos depresivos. Estudios que compararon pacientes con TOC con pacientes con trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, dependencia a la heroína, hemodiálisis y trasplante renal, han reportado un mayor impacto en la calidad de vida en los individuos con TOC que en estos otros pacientes (Macy et al., 2013).

El deterioro en el paciente con TOC se asocia con la gravedad de los síntomas. Puede deberse al tiempo que se emplea en las obsesiones y las compulsiones, así como a la evitación de las situaciones que desencadenan las obsesiones o compulsiones, restringiendo gravemente el funcionamiento de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El TOC de inicio temprano suele estar asociado con una interrupción significativa en el funcionamiento social, familiar, académico y vocacional (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Los síntomas específicos de los individuos con TOC pueden resultar en modificaciones de las rutinas y roles de los miembros de la familia. Por ejemplo, personas con temor a la contaminación pueden limitar la visita de terceros. Este proceso, llamado adaptación, por el cual los miembros de la familia ayudan o participan en los rituales de los pacientes, se ha relacionado con los peores resultados del tratamiento.

Se ha informado de adaptación en hasta el 75% de las familias de niños y adolescentes con TOC, lo cual deriva en mayor carga familiar, peor calidad de vida, persistencia de los síntomas y refuerzo de los comportamientos de miedo y evitación, lo que puede afectar la efectividad de los tratamientos basados en exposición (Piacentini, et al., 2003).

Comorbilidad.

Que una persona cumpla con los criterios para ser diagnosticado con más de una entidad nosológica, es uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la clasificación. En lo que concierne al TOC, una persona puede padecerlo a la vez que presenta depresión o síntomas de otro trastorno. La comorbilidad dificulta un diagnóstico preciso, y una de las tareas del DSM en su quinta edición, fue precisamente ayudar a hacer más reconocibles los síntomas.

La gran mayoría de los individuos con TOC cumplen con los criterios diagnósticos de otro trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida. Los trastornos comórbidos más comunes son los trastornos de ansiedad (76%) y los trastornos del estado de ánimo (63%) (Ruscio et al., 2010). También el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva es frecuentemente comórbido con el TOC (23%-32%) (APA, 2013). Según Leckman et al. (2010), entre el 10% y el 40% de los individuos con TOC de inicio precoz tienen antecedentes de síndrome de Tourette o trastorno de tic crónico.

Los trastornos que no son comunes en los individuos con TOC, pero que ocurren con mayor frecuencia que en aquellos sin TOC, incluyen el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno por escoriación. Además, las tasas de TOC de por vida son elevadas entre individuos con trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos de la alimentación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Etiología y Fisiopatología del TOC.

Hasta la fecha no existe un modelo único que explique todos los fenómenos clínicos y neurobiológicos que se asocian con el TOC y los trastornos relacionados, sin embargo, los acercamientos desde distintas esferas de la investigación científica apuntan a una base neurobiológica del TOC. Los estudios en gemelos y familiares sugieren que existe susceptibilidad genética al TOC.

Se han reportado hallazgos que indican una mayor influencia genética en el TOC de inicio de la infancia, del 45% al 65% en la infancia contra el 27% al 47% en el TOC de inicio en la edad adulta. Los genes de la serotonina (5-HT) y del glutamato son los más implicados en el TOC (Pauls, 2010, Wu, et al., 2012). Por ello, se sostiene la hipótesis de

que las anomalías en los sistemas de 5-HT, dopamina y glutamato juegan un papel en el TOC.

La tomografía por emisión de positrones y los estudios de resonancia magnética funcional utilizados por la neuroanatomía y la neuroquímica del TOC, han implicado también los circuitos corticoestriado-talamocorticales.

Al estudiar sujetos con TOC en comparación con sujetos de control sanos, se han encontrado anomalías estructurales que involucran a los ganglios basales, la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior y el estriado. También se han sugerido disfunciones en el circuito amígdalo-cortical (Milad y Rauch 2012).

A través del uso de la neuroimagen funcional en individuos con TOC, se ha reportado una activación significativamente reducida en la corteza prefrontal ventromedial, caudado e hipocampo durante el condicionamiento del miedo, así como en el cerebelo, la corteza cingulada posterior y el putamen durante el recuerdo de extinción (Milad et al., 2013).

Aunque la evidencia aún no es concluyente, y se precisa más investigación, la efectiva respuesta al tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina en pacientes con TOC, hace plausible la hipótesis según la cual, las anomalías en los sistemas de neurotransmisores múltiples están relacionados con los síntomas del TOC (Okuda y Simpson, 2015).

Neurocirugía y Neuromodulación.

Hasta el 10% de los pacientes tienen TOC refractario al tratamiento, definido como tener al menos tres ensayos con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina insuficientes, aumento de al menos uno de los medicamentos anteriores con al menos dos agentes (litio, buspirona, antipsicótico o benzodiazepina) y terapia cognitivo conductual adecuada con al menos un ensayo de exposición y prevención de respuesta realizado en combinación con medicación.

Los clínicos deben determinar si estos criterios se han cumplido antes de considerar a los pacientes como candidatos potenciales para la neurocirugía y otras intervenciones. Los clínicos también deben considerar si los ensayos previos de la terapia cognitivo

conductual han sido “adecuados” en términos de entrenamiento y experiencia con la terapia cognitivo conductual, número de sesiones y terminación de tareas.

Los estudios neuroquirúrgicos han demostrado una reducción de los síntomas después de intervenciones que interrumpen las conexiones entre áreas frontocorticales y subcorticales. Las lesiones en el miembro anterior de la cápsula interna, el cíngulo anterior y/o la región subcaudada parecen ser beneficiosas en casos de TOC altamente refractario. Estas lesiones pueden ser generadas usando ya sea una neurocirugía estereotáctica guiada por imágenes de resonancia magnética tradicional o radiocirugía, que no requiere una craneotomía.

En uno de los pocos estudios de seguimiento a largo plazo de la neurocirugía, el 48% de los pacientes (12 de 25) con TOC severo y refractario al tratamiento respondieron a una capsulotomía unilateral o bilateral. Los efectos secundarios postoperatorios reportados incluyen convulsiones, problemas significativos con el funcionamiento ejecutivo, dificultades de memoria, apatía y desinhibición (Koran y Simpson, 2013).

Estimulación Cerebral Profunda.

La estimulación cerebral profunda (ECP) está siendo investigada como una alternativa neuroquirúrgica para el TOC resistente al tratamiento (Koran y Simpson, 2013) y está aprobada por la FDA bajo el programa de exención de dispositivos humanitarios. La ECP es un procedimiento invasivo que requiere la craneotomía para implantar electrodos estimulantes en objetivos cerebrales específicos. La FDA ha aprobado la focalización del estriado ventral/cápsula ventral.

Los estudios han reportado reducciones clínicas significativas de los síntomas y mejoras funcionales en aproximadamente un tercio a dos tercios de los pacientes sometidos a ECP (Blomstedt, Sjöberg y Hansson, 2013; Koran y Simpson, 2013). Las complicaciones relacionadas con la estimulación suelen ser reversibles ajustando la estimulación. Los efectos secundarios incluyen infección, hemorragia, confusión y convulsiones. Los efectos adversos graves son infrecuentes, y la tasa de mortalidad se ha estimado en 0.6%.

Estimulación Magnética Transcraneal.

La estimulación magnética transcraneal (EMT) es una técnica neurofisiológica que permite la estimulación no invasiva de la corteza cerebral. Los estudios realizados en el TOC resistente al tratamiento varían en términos de la naturaleza de la estimulación (alta vs baja frecuencia), así como el objetivo específico del cerebro. En varios ensayos controlados aleatorios utilizando la EMT repetitiva de alta frecuencia sobre la corteza prefrontal dorsolateral derecha, no se encontraron efectos.

Por otro lado, en dos pequeños ensayos aleatorios que usaron EMT repetitiva de baja frecuencia dirigida al área motora suplementaria, hubo tasas de respuesta significativamente mayores en individuos sometidos a EMT en comparación con aquellos que recibían EMT simulada (Koran y Simpson, 2013).

Terapia Electroconvulsiva.

Los pocos estudios que investigan el uso de la terapia electroconvulsiva no han demostrado eficacia en el tratamiento del TOC (Koran y Simpson, 2013).

2.2. Guía práctica para el tratamiento de pacientes con TOC

En 1992 un documento destinado inicialmente a residentes de medicina interna de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá, modificó el modelo de la práctica clínica donde las acciones se sustentaban en el juicio del experto, por un nuevo enfoque fundamentado en la información proveniente de la investigación científica, comprensible, de fácil localización, apropiado al problema, válido, preciso, aplicable y disponible para el paciente.

El documento se titula “*A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. Evidence-Based Medicine*” (Medicina Basada en la Evidencia. Una nueva propuesta para enseñar la práctica de la medicina) (Evidence-Based Medicine Working Group), y al enfoque resultante se le llamó *Evidence-Based Medicine*, que se tradujo al español literalmente como medicina basada en la evidencia, pero que debe entenderse como medicina basada en la observación o prueba científica (Sánchez-Mendiola, 2001). Desde entonces, el enfoque se ha extendido a varios países del mundo como una herramienta para mejorar la calidad de la atención a la salud (Madeiro, 2000).

La atención a la salud basada en pruebas científicas requiere de un plan estratégico para recuperar, analizar y aplicar la información científica disponible de manera oportuna, con ese fin, se crearon las guías de práctica clínica, que sirven para apoyar al personal de salud en su práctica cotidiana y reducir el uso de intervenciones innecesarias e inefectivas. Las guías están acreditadas por el conocimiento surgido de la investigación científica formal publicada en revistas con arbitraje.

Además, proporcionan una descripción de las opciones de cuidados a la salud, que incluye explicaciones del porqué de cada una de ellas. Gracias a su uso es posible reducir la variación en la atención médica, debido a que constituyen el vehículo para el establecimiento de los conocimientos proporcionados por la investigación científica. También funcionan como un medio de comunicación para la toma de decisiones entre los profesionales de la salud y para con los pacientes. Por otro lado, sirven como criterios de calidad para la evaluación y monitoreo de la práctica clínica, así como instrumento para hacer operativas las políticas públicas en salud (Field y Lohr, 1990).

En julio de 2007 la APA publicó su propia guía de práctica clínica para el TOC, la “*Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*” (Guía práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo). En 2013, luego de los cambios en la definición del TOC en el DSM-5 se publicó la “*Guideline watch (march 2013): Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*” una revisión de los desarrollos significativos que han ocurrido desde la publicación de la guía práctica de la APA en 2007.

La revisión añade información sobre el tipo de población a la cual se puede aplicar, al señalar que: “se centra solamente en el tratamiento de adultos y no cubre el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)” (p. 1). [Traducción del autor].

Indica, además, que el cambio en la definición del TOC en el DSM-5 no tiene ningún impacto en las recomendaciones de tratamiento realizadas en la guía de 2007, ya que únicamente se añadieron pruebas más sólidas y más datos sobre las tasas de respuesta a algunas intervenciones, por lo que, sus directrices para detectar el TOC y planificar una intervención siguen siendo válidas. A continuación, se presenta un análisis de los elementos que la componen.

La “Guía práctica para el tratamiento de pacientes con TOC” (American Psychiatric Association, 2007) comienza con los nombres del equipo de expertos en TOC que la desarrolló. Se indica que el objetivo de la guía es únicamente ofrecer parámetros a considerar en la práctica clínica de psiquiatras, y de ninguna manera pretende ser un estándar de atención médica.

En seguida, se describe la metodología utilizada en el proceso de recopilación y síntesis de la evidencia. Durante el proceso de desarrollo de la guía se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de la evidencia disponible entre 1966 y diciembre de 2004: ensayos clínicos, ensayos clínicos aleatorios, y series de casos menos rigurosamente diseñados. Se desarrollaron tablas de evidencia que resumen las características clave de cada estudio: fuente de financiamiento, diseño del estudio, tamaño de la muestra, características de los sujetos, características del tratamiento y sus resultados.

La literatura utilizada se identificó a través de una búsqueda en MEDLINE utilizando PubMed para artículos publicados entre 1966 y 2004, haciendo uso de las palabras clave: “Obsessive-Compulsive Disorder”, “Compulsive Behavior”, “obsessive”, “obsessions”, “compulsion”, “compulsions”, y “compulsive”, en todos los casos haciendo la búsqueda mediante el criterio “todos los campos”. Además, se realizaron búsquedas en la base de datos de Cochrane para localizar metaanálisis relevantes.

La redacción inicial de la guía fue realizada por un grupo de psiquiatras con experiencia clínica y de investigación en el TOC, para concluir con la revisión de borradores por 11 organizaciones y 68 expertos que presentaron comentarios significativos, aprobados por la Asamblea de la APA y la Junta de Síndicos en octubre de 2006, además, se desarrolló un plan de revisión de la guía a intervalos regulares.

La guía está dividida en tres partes, en la primera se encuentran las recomendaciones para el tratamiento, codificadas con acuerdo al grado de confianza clínica; en la segunda, una guía para la formulación e implementación de un plan de tratamiento para el paciente; y en la tercera, una serie de consideraciones clínicas que podrían alterar las recomendaciones concebidas.

Respecto a la elaboración de las recomendaciones de tratamiento, se especifica el modo en que éstas fueron codificadas. Esto es, según el nivel de confianza con el que se hace cada recomendación indicado por un número romano entre corchetes.

Las tres categorías son:

[I] Recomendación con confianza clínica sustancial

[II] Recomendación con moderada confianza clínica

[III] Se puede recomendar sobre la base de circunstancias individuales

Posteriormente se presentan las recomendaciones para seguir por el psiquiatra en el apartado “Gestión Psiquiátrica”, según las cuales, el profesional debe establecer y mantener una fuerte alianza terapéutica; evaluar los síntomas del paciente con el objetivo de establecer un diagnóstico utilizando los criterios del DSM; considerar la gravedad inicial de los síntomas del TOC, de las afecciones comórbidas y de sus efectos sobre el funcionamiento del paciente, utilizando la Escala Obsesiva Compulsiva Yale-Brown (Y-BOCS) de 10 ítems para medir la respuesta al tratamiento.

Además, evaluar el potencial del paciente para autolesionarse o lastimar a quienes le rodean; completar una evaluación médica tradicional, así como examinar el efecto que el TOC ha tenido en el rendimiento académico y profesional del paciente, y en sus relaciones familiares, sociales y sexuales.

El psiquiatra también deberá establecer un plan de tratamiento que incluya en sus metas la disminución de la frecuencia y la gravedad de los síntomas para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida del paciente, que determine el ambiente menos restrictivo, que sea seguro y eficaz para el tratamiento (hospital, hogar, hospitalización parcial o atención ambulatoria), y mejore la adherencia al tratamiento con la aplicación de psicoeducación para el paciente y la familia, entrevistas motivacionales, información sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, y programando citas de seguimiento poco después de comenzar o cambiar medicamentos.

Igualmente, se advierte la utilidad de dejar en claro que la terapia cognitivo conductual implica confrontar pensamientos y situaciones temidas a un ritmo tolerable. Por último, es necesario abordar cuestiones prácticas como el costo del tratamiento, la cobertura del seguro y el transporte.

En seguida se exhiben las recomendaciones de tratamiento farmacológico. La guía APA recomienda como tratamiento de primera línea seguro y eficaz para el TOC, el uso de los agentes inhibidores de la recaptura de serotonina aprobados por la FDA. Aunque la clomipramina es un potente inhibidor de la recaptura de serotonina y está aprobado por la

FDA para el tratamiento de TOC en adultos y niños, puede causar efectos secundarios anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, micción tardía), efectos antihistaminérgicos (sedación, aumento de peso) y, efectos antiadrenérgicos (hipotensión ortostática) retraso en la conducción cardíaca o convulsiones. Por estas razones se indica probar con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina antes de hacer uso de la clomipramina.

Al presente, todos los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina excepto el citalopram y el escitalopram han sido aprobados para el tratamiento del TOC en adultos por la FDA. La fluoxetina, la fluvoxamina y la sertralina son los únicos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina aprobados por la FDA para niños.

Ya que ninguno de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina individuales ha mostrado superioridad sobre los demás, la elección entre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina debe hacerse sobre la base de la respuesta al tratamiento, el perfil de efectos secundarios, la aceptabilidad para el paciente y el potencial para las interacciones con otros fármacos (Bloch et al., 2010).

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son generalmente seguros y bien tolerados. Los efectos secundarios más comunes incluyen problemas gastrointestinales, agitación, trastornos del sueño y efectos secundarios sexuales. La medicación debe iniciarse a una dosis baja para aumentar la tolerabilidad, por ejemplo, fluoxetina 10 ó 20 mg/día.

Para prevenir la interrupción temprana, es importante recordar a los pacientes que normalmente hay un retraso de cuatro a seis semanas en la respuesta al fármaco. Los pacientes que respondan a un ensayo adecuado de un inhibidor de la recaptura de serotonina deben continuar tomando la medicación durante al menos uno a dos años.

Un inhibidor de la recaptura de serotonina solo se recomienda para un paciente que no es capaz de cooperar con la terapia cognitivo conductual, que ha respondido previamente bien a un medicamento dado, o que prefiere el tratamiento con un inhibidor de la recaptura de serotonina solo.

La terapia cognitivo conductual es el tratamiento psicológico de primera línea recomendado para el TOC. La terapia cognitivo conductual puede ser más efectiva que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina para el TOC sin comorbilidad. En los

ensayos clínicos, las tasas de abandono de la terapia cognitivo conductual son similares a las de la medicación (Foa et al., 2005).

El tipo de terapia cognitivo conductual con la evidencia empírica más fuerte es la exposición y prevención de respuesta. No existen estudios controlados que demuestren eficacia de la psicoterapia dinámica o psicoanálisis en el tratamiento de los síntomas centrales del TOC (American Psychiatric Association, 2007).

La exposición y prevención de respuesta implica exposiciones imaginarias y en vivo a situaciones temidas y la prevención del ritual por parte del paciente. Las asignaciones de exposición se adaptan a los diferentes miedos obsesivos de la persona y se llevan a cabo de forma gradual, con situaciones donde se experimente una ansiedad moderada frente a las que generan un malestar más severo.

Cuando se administra a pacientes que se adhieren al tratamiento, la exposición y prevención de respuesta puede ser altamente eficaz, con un 74%-80% de logro de reducción en los síntomas (por ejemplo, las tasas de respuesta al 25%) y el 33%-43% logrando síntomas mínimos después de 17 sesiones (Foa et al., 2005, Simpson et al., 2006, 2008, 2013).

Varios ensayos aleatorios controlados apoyan firmemente el aumento de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina con exposición y prevención de respuesta, después de una respuesta inadecuada o incompleta a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina solos. Un estudio reciente sugirió que la terapia cognitivo conductual puede ser más eficaz que el aumento de un antipsicótico a un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (Simpson et al., 2013).

Otros ensayos han comparado a quienes no respondieron a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que recibieron tratamiento de medicación continua sola, contra quienes recibieron medicación continua más exposición y prevención de respuesta. Los resultados indican que el uso de exposición y prevención de respuesta aumenta significativamente las tasas de respuesta al tratamiento o remisión, en comparación con la medicación continua sola (American Psychiatric Association 2007, Simpson et al., 2008).

Un ensayo también informó que en individuos que continuaron con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, la adición de exposición y prevención de respuesta fue significativamente superior a la risperidona y al placebo en términos de tasas de

respuesta, reducción de síntomas, mejoría en la percepción, nivel de funcionamiento y calidad de vida (Simpson et al., 2013).

En pacientes con un trastorno comórbido grave que puede interferir con la terapia cognitivo conductual y que responde al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, se debe considerar primero un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, seguido de la adición de la terapia cognitivo conductual según sea necesario. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina se pueden utilizar primero en pacientes que prefieren la medicación a la terapia cognitivo conductual con exposición y prevención de respuesta o cuando esta última no está disponible.

En suma, la exposición y prevención de respuesta se recomienda como tratamiento inicial para un paciente que no está demasiado deprimido, ansioso o gravemente enfermo para cooperar con esta modalidad de tratamiento, o que prefiere no tomar medicamentos y está dispuesto a hacer el trabajo que la terapia cognitivo conductual requiere. La terapia cognitivo conductual puede impartirse en sesiones de terapia individual, grupal y familiar, con una duración de sesión que varía de menos de 1 hora a 2 horas y las sesiones de terapia cognitivo conductual deben programarse al menos una vez por semana.

La guía de la APA recomienda de 13 a 20 sesiones semanales para la mayoría de los pacientes. La exposición y prevención de respuesta exitosa debe ser seguida por sesiones de refuerzo mensuales durante 3 a 6 meses, o más intensamente si la respuesta ha sido sólo parcial. Cuando no se logra una buena respuesta después de 13 a 20 semanas de terapia cognitivo conductual ambulatoria semanal, 3 semanas de terapia cognitivo conductual diaria, o de 8 a 12 semanas de tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina (incluyendo de 4 a 6 semanas en la dosis tolerada más alta), el profesional de la salud mental debe decidir con el paciente cuándo y cómo alterar el tratamiento.

El tratamiento combinado debe considerarse para los pacientes con una respuesta insatisfactoria a la monoterapia, para aquellos con condiciones psiquiátricas comórbidas para las que los inhibidores de la recaptura de serotonina son eficaces, y para aquellos que desean limitar la duración del tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina. El tratamiento combinado o un tratamiento con un solo inhibidor de la recaptura de serotonina también puede ser considerado en pacientes con TOC grave, ya que el medicamento puede

disminuir la gravedad de los síntomas lo suficiente para permitir al paciente participar en la terapia cognitivo conductual.

La utilización de la terapia cognitivo conductual, un inhibidor de la recaptura de serotonina o un tratamiento combinado dependerá de factores que incluyan la naturaleza y gravedad de los síntomas del paciente, la naturaleza de cualquier condición psiquiátrica y médica comórbida y sus tratamientos, la disponibilidad de la terapia cognitivo conductual y el historial de tratamiento, medicamentos actuales, capacidades y preferencias del paciente.

Cuando el tratamiento inicial es insatisfactorio, el psiquiatra debe considerar primero la posible contribución de varios factores: interferencia por condiciones comórbidas, adherencia inadecuada al tratamiento, presencia de factores de estrés psicosocial, nivel de adaptación de los miembros de la familia a los síntomas obsesivo-compulsivos, y una incapacidad para tolerar un ensayo adecuado de la psicoterapia o las dosis máximas recomendadas de fármacos.

La guía también presenta los posibles cursos a seguir después de agotar los tratamientos de primera línea. En primera instancia, el aumento de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina con clomipramina, buspirona, pindolol, riluzol, el uso de otras monoterapias menos bien soportadas que incluyen D-anfetamina, tramadol, inhibidores de la monoaminoxidasa, ondansetrón, estimulación magnética transcraneal y estimulación cerebral profunda.

El tratamiento residencial intensivo o la hospitalización parcial pueden ser útiles para pacientes con TOC resistente al tratamiento severo. La neurocirugía ablativa para el TOC severo y muy refractario al tratamiento rara vez se indica y, junto con la estimulación cerebral profunda, debe realizarse sólo en sitios con experiencia en TOC y estos enfoques de tratamiento.

La parte final del apartado incluye una representación gráfica de sus recomendaciones (un algoritmo clínico). En la segunda parte, se ofrece una visión general del TOC, que incluye información sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología, así como una revisión y síntesis de las pruebas que subyacen a las recomendaciones. La tercera parte, lleva a cabo un análisis acerca de las necesidades de investigación en el futuro.

Hasta aquí, se ha presentado el estado actual de la investigación sobre el TOC, materializado en la quinta edición del DSM, así como el estado actual de la intervención recomendada por la APA, cristalizada en la “Guía de práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo”. Pero, como se mostrará en el siguiente apartado, este progreso no se ha extendido por completo en la nación mexicana.

CAPÍTULO 3. Investigación e intervención del TOC en México

3.1. Estudios epidemiológicos

Hasta mediados de la primera década del siglo XXI, no existía en la Ciudad de México un referente común para el ejercicio de la práctica clínica en las instituciones de salud pública. Las estrategias diagnósticas y las elecciones terapéuticas dependían del criterio de cada uno de los profesionales a cargo, lo que resultaba en diferentes tipos de diagnóstico y de tratamiento para un mismo problema.

Para evitar estos sesgos y utilizar las estrategias que tenían más posibilidad de ser efectivas fue necesario conocer la frecuencia del padecimiento, su distribución, los grupos más afectados, los procesos que lo determinaban, y las acciones de intervención disponibles (Borges, Medina-Mora y López-Moreno, 2004). En México, la mayor parte de esos datos, provenían de estudios epidemiológicos realizados en otros países. Sin embargo, cabe destacar los estudios llevados a cabo desde finales del siglo anterior en la república mexicana.

Nicolini, Mejía, Merino y Sánchez de Carmona (1992) realizaron el primer reporte de una muestra de pacientes con TOC, no sólo en México. Estudiaron a 27 pacientes con TOC del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), y encontraron varias diferencias respecto a los reportes en la literatura internacional en aquel momento. Por ejemplo, acerca de la proporción de los sexos afectados, los tipos de obsesiones y compulsiones, datos de comorbilidad y frecuencia de familiares de primer grado afectados con TOC.

No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en la edad de inicio. Se encontró una diferencia significativa en la duración del padecimiento, que fue mayor en los hombres que en las mujeres. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con una mayor frecuencia de obsesiones sexuales y de simetría en los hombres. No se encontraron diferencias significativas respecto al tipo y la frecuencia de las compulsiones. De los 27 pacientes estudiados, en 23 se encontró al menos otro diagnóstico clínico. Dentro de la comorbilidad se incluyó el haber sido víctima de abuso sexual, aunque no constituye un diagnóstico psiquiátrico. Ocho de los 27 probandos (30%) presentaron una

historia familiar positiva para el TOC, con una mayor frecuencia en familiares de primer grado.

Sin embargo, la muestra fue demasiado pequeña como para ser representativa al menos de la población clínica, y aún no había una separación entre el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y el TOC, por lo que es probable que algunas de las características de los sujetos correspondieran al trastorno de personalidad y no al TOC.

La Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1988, fue el primer estudio en su género que aplicó una encuesta en hogares en la población urbana a nivel nacional. De esta encuesta, Caraveo-Anduaga et al. (1996) obtuvieron un diagnóstico de la magnitud de los problemas de salud mental en una submuestra aleatoria poblacional urbana de 1984 personas entre 18 y 64 años. El estudio llamado Encuesta Nacional de Salud Mental, tenía por objetivo obtener un estimado de la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos.

Para el TOC se elaboraron reactivos siguiendo los criterios del DSM-III combinando la forma y el contenido de las preguntas utilizadas en la Cédula de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS) y la Exploración del Estado Actual (Present State Examination, PSE), dos instrumentos de entrevista ligados a los criterios diagnósticos del DSM y la CIE.

El TOC fue detectado con un rango de 0.2 a 1.9% en los hombres y de 0.9 a 2.2% en las mujeres en la prevalencia de seis meses. En las cifras de por vida, fue de 1.2 a 3.3% en hombres y de 2.1 a 3.3% en mujeres. Se encontró que el 7% del total de la población estudiada manifestó haber estado incapacitada para asistir al trabajo, a la escuela, o para llevar a cabo sus actividades cotidianas debido a este tipo de padecimiento. El estudio, sin embargo, no cumple con los criterios metodológicos exigidos para considerarse un instrumento de tamizaje, ni estrictamente una entrevista diagnóstica altamente estructurada.

Por su parte, Nicolini et al. (1997) reportaron una prevalencia de 2.3% en población clínica adulta a lo largo de la vida de entre 3086 pacientes atendidos en el IMP. El diagnóstico fue confirmado por el uso de la entrevista estructurada DIS, con acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Se evaluó la edad de inicio, género, y severidad, entre otras características demográficas, de un grupo de 71 pacientes con TOC. Empero, el estudio se limitó al servicio clínico en una sola institución, por tanto, no manifiesta la distribución y características del trastorno en la población general.

Caraveo-Anduaga y Colmenares (2004) publicaron un estudio que pretendía estimar la prevalencia del TOC anualmente y durante la vida, en personas adultas de 18 a 65 años; estudiar los patrones de comorbilidad a lo largo de la vida e identificar el patrón de búsqueda de ayuda en todos los casos. El estudio se realizó a través de una encuesta en hogares. El instrumento diagnóstico fue una versión de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI), que incluyó la sección para evaluar el TOC. Los algoritmos diagnósticos se construyeron siguiendo los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10.

La muestra total fue de 1932 personas. Los resultados indicaron que, el 1.4% de la población había padecido TOC en algún momento de su vida, en tanto que, el 1% había sido diagnosticado durante el año de publicación. La comorbilidad se reportó en 71% de los casos, siendo mayor entre las mujeres. El 49% reportó la presencia de otro trastorno precediendo el inicio del TOC, mientras que 22% los presentó después. Menos de 10% de los casos con TOC buscó ayuda para este problema.

El inconveniente, es que la investigación se limitó a la Ciudad de México y los algoritmos diagnósticos se construyeron siguiendo los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10, que considera todavía dentro del TOC la neurosis anancástica y la neurosis obsesivo-compulsiva (términos ya superados en el DSM), además, hace una diferenciación tajante entre las obsesiones como eventos mentales y las compulsiones como eventos manifiestos, cuestión que puede llevar a sub-diagnosticar a quienes presentan compulsiones no manifiestas.

Kohn et al. (2005) obtuvieron datos de estudios comunitarios publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004. En el estudio que incluyó a Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Puerto Rico y México, se encontraron tasas de prevalencia de vida de 1.9%, y tasas de prevalencia durante el año precedente de 1.4% para el TOC. En las muestras examinadas, más de la mitad de las que padecían trastornos de ansiedad, no recibieron ningún tratamiento psiquiátrico en el sistema de salud formal.

En este caso, la dificultad es que, tanto las tasas brutas de los diversos trastornos psiquiátricos como los datos correspondientes al uso de servicios de salud mental para poder calcular la brecha en el tratamiento según los trastornos específicos, se estimaron a

partir de las tasas media y mediana extraídas de los estudios y no de una entrevista estructurada con ese propósito.

Balan-Torre (2012) realizó un estudio para conocer la prevalencia, comorbilidad psiquiátrica asociada y características sociodemográficas del TOC en usuarios de primera vez de la consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Tabasco, en el período de enero a diciembre del 2010. La población estudiada fueron 661 pacientes diagnosticados con TOC. La prevalencia del TOC fue de 1.4 %, y como trastornos comórbidos se encontraron en primer lugar los trastornos del afecto, le siguieron los trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, así como las conductas adictivas. Sin embargo, el estudio se realizó por revisión de los expedientes clínicos, no mediante una entrevista estructurada para tal fin.

3.2. Tratamiento

Respecto a las acciones de intervención sobre el TOC en México, no existen estudios destinados a conocer la efectividad de los tratamientos disponibles en la población nacional. En el estudio que Nicolini, Mejía, Merino y Sánchez de Carmona (1992), llevaron a cabo sobre una muestra del IMP respecto al tratamiento recibido por los pacientes incluidos en el protocolo de investigación, únicamente se indicaron los medicamentos prescritos en este orden de frecuencia: clorimipramina, benzodiazepinas, fluoxetina, neurolépticos, buspirona y antidepresivos, así como sus combinaciones más frecuentes, pero no se dieron datos sobre la respuesta al tratamiento.

Nicolini y Lóyzaga (2000) presentaron un trabajo donde describían las características farmacológicas y la respuesta clínica de los medicamentos utilizados en el manejo del TOC según la literatura internacional. Como primer abordaje farmacológico citaron a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, y para los casos refractarios y resistentes o cuando hay síntomas de comorbilidad, las combinaciones con diferentes inhibidores de la recaptura de serotonina, con benzodiazepinas, o bien, con potenciadores como el litio, o antipsicóticos, como la risperidona y el haloperidol.

Si después de su uso continuaba la resistencia, se recomendada la terapia conductual, la administración de varios inhibidores de la recaptura de serotonina a la vez, o

psicocirugía, según la gravedad de los síntomas, pero no se aportaron datos sobre la respuesta a estos tratamientos en población mexicana.

Chávez-León, Ontiveros y Serrano (2008), miembros de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, publicaron un estudio cuyo objetivo era: establecer las indicaciones actuales de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, describir los mecanismos que explican su acción antidepresiva, y describir los efectos secundarios frecuentes y aquéllos específicamente relacionados con este grupo antidepresivo. Para el TOC se recomendaba el uso de citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Este puede considerarse un primer intento por regular la práctica clínica sobre el TOC en México, pero únicamente en el aspecto farmacológico.

Vargas, Palacios, González y De la Peña (2008) publicaron en dos partes un amplio estudio sobre el tratamiento indicado para el TOC, pero sólo en niños y adolescentes, aunque aclaran que una adecuada planeación del tratamiento incluso en adultos debe basarse en las características individuales de cada sujeto, es decir, que debe tomarse en cuenta la severidad de los síntomas, la comorbilidad, la personalidad, el impacto del padecimiento en el paciente y en la familia.

Además, precisan que, en la mayoría de los casos, se requiere de múltiples tratamientos: psicoeducación, terapia cognitivo conductual, psicofármacos, y entrenamiento conductual para los familiares, y que dicha variedad de tratamientos es más efectiva si está integrada e impartida por múltiples profesionales.

Ulloa, Palacios y Sauer (2011), también realizaron una revisión del tratamiento del TOC para niños y adolescentes. En ella se presentan diversas entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas en psiquiatría infantil y de la adolescencia, útiles para la detección y confirmación del TOC y otros trastornos comórbidos en pacientes pediátricos. También se recomiendan instrumentos para evaluar la gravedad de los síntomas y su efecto sobre las actividades escolares, sociales, familiares y el autocuidado del paciente.

La recomendación de los autores para el tratamiento del TOC infantil fue la terapia cognitivo conductual, debido a que su eficacia ha sido mostrada en diversos ensayos clínicos controlados y constituye la primera elección terapéutica en varios consensos y guías clínicas.

Los autores, afirman haber elaborado una guía clínica que incluye un algoritmo para la atención integral de pacientes en centros de atención a la salud mental infantil en México, pero la guía llamada “Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes”, no se encuentra disponible en el sitio que señalan y no fue posible su localización para la presente investigación.

Sin embargo, son esclarecedoras tres de sus declaraciones, la primera de ellas, que en México la poca disponibilidad de especialistas que puedan aplicarla en instituciones psiquiátricas y la alta demanda de servicios, la coloca como un tratamiento para los pacientes que ya están recibiendo psicofármacos y requieren otras intervenciones para incrementar el control de los síntomas. La segunda, que en México la mayoría de los médicos generales, e incluso los profesionales de salud mental que trabajan en el primer nivel de atención, no están capacitados para detectar el TOC y diagnostican erróneamente en los pacientes otros trastornos de ansiedad, trastornos afectivos o algún trastorno de personalidad. Y la tercera, que muchos de los pacientes que sufren este trastorno no acuden a tiempo a centros de salud mental debido a que: no están conscientes de sus síntomas, están avergonzados o temerosos, piensan que no existe tratamiento para su padecimiento, están incapacitados por la enfermedad o, temen a los efectos colaterales de los medicamentos.

Pero, el único estudio realizado en México que apoya estos supuestos es el realizado por Ballesteros y Ulloa (2011) en el que se mostró que 80% de los pacientes diagnosticados con TOC solicitaban atención debido a los síntomas de sus trastornos comórbidos y tenían poca conciencia de sus obsesiones y compulsiones.

Respecto a los casos de pacientes resistentes, Rodríguez (2013) llevó a cabo un estudio acerca de la eficacia de la termoablación y la estimulación cerebral profunda en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. La tesis en psiquiatría realiza un estudio longitudinal comparativo que abarca un periodo de tres años, de 2011 a 2013. Se incluyen en el estudio siete pacientes con TOC refractario a tratamiento que fueron sometidos a cirugía funcional. En cada uno de ellos se contaba con la evaluación inicial, y una semana posterior a la realización del procedimiento quirúrgico se aplicó la batería de medición post-cirugía, que se repitió a los 6 y 12 meses del procedimiento quirúrgico.

Los resultados indican la presencia de una mejoría importante al inicio del seguimiento que va disminuyendo a lo largo de la evolución de los meses, también se encontró mejoría de la comorbilidad ansiosa y depresiva que se mantuvo a lo largo de los doce meses, y que ninguno de los procedimientos mostró mayor eficacia mantenida en comparación con el otro. Las repercusiones más importantes que tuvieron los pacientes fueron la disminución de la intensidad de la sintomatología obsesiva, ansiosa y depresiva con reducción del número de medicamentos necesarios para su control, así como su dosis y sobre todo gran impacto en su calidad de vida, según las escalas utilizadas.

Por su parte, Ramírez (2016) presentó una revisión de 15 años de experiencia de los resultados del tratamiento neuroquirúrgico en TOC realizado en el Hospital de especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda. Se trata de un estudio descriptivo que comprende el periodo de junio de 2001 a enero de 2015. La información fue obtenida de los expedientes clínicos de todos los pacientes registrados con TOC sometidos a cingulotomía. Se compararon las puntuaciones obtenidas en la Y-BOCS antes y después de la cirugía para determinar si hubo mejoría posterior al procedimiento quirúrgico.

Los resultados muestran que de los 32 pacientes el 94% presentó mejoría. Sólo dos pacientes no presentaron respuesta y se tuvo un solo caso de psicosis posterior al procedimiento. La mayoría de los pacientes podían observar después de varios meses del tratamiento quirúrgico una mejoría de los síntomas, la incorporación a la vida social y laboral, así como una disminución en el número de medicamentos necesarios para el adecuado control del TOC.

El escaso material bibliográfico reseñado en este capítulo acerca de los estudios y tratamientos que sobre el TOC existen en México, es muestra de un atraso respecto a los avances reportados por la APA en esta materia, ya que hasta ahora no se cuenta con datos epidemiológicos y evaluación de tratamientos actuales y confiables correspondientes a la población mexicana. Sin embargo, el modelo de la medicina basada en la evidencia adoptado por las autoridades sanitarias de México podría considerarse el punto de partida para comenzar a avanzar en el conocimiento de los mecanismos subyacentes al TOC y de los tratamientos respaldados por la mejor evidencia científica hasta hoy aportada, cuestión que se plantea en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4. Presentación y evaluación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el TOC en la Ciudad de México

4.1. Elementos mínimos que debe presentar una guía de práctica clínica para el TOC

En el 2007 el Programa de Acción Específico para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (Secretaría de Salud), surgió con la finalidad de crear un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia científica disponible. Así, México se unió al paradigma de la medicina basada en la evidencia.

En Internet se encuentran publicadas seis diferentes guías de práctica clínica que incluyen recomendaciones para el TOC realizadas por instituciones de salud de la Ciudad de México, disponibles para el público en general, con el objetivo de poder ser consultadas y eventualmente evaluadas tanto por profesionales de la salud como por los propios pacientes.

Aunque el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América ha definido los criterios que debe seguir la elaboración de una guía de práctica clínica, y existen instrumentos como el *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE) (Secretaría de Salud, 2007) para evaluarlas, no se pretende aquí hacer una valoración formal ni de la guía de práctica clínica para el TOC de la APA, ni de las guías publicadas en la Ciudad de México.

En el presente trabajo se revisan las guías de práctica clínica en México, a la luz de los hallazgos y datos reportados en el DSM-5 y la guía de práctica clínica de la APA para el tratamiento del TOC, con el fin de identificar si se adecuan a las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del TOC más actuales.

En resumen, la “Guía práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo”, realiza un análisis exhaustivo de fuentes como los metaanálisis y los ensayos clínicos, así como de las recomendaciones de un grupo de expertos, cuida que la metodología empleada tanto en la búsqueda de la literatura científica como en la síntesis de la evidencia para la construcción de las recomendaciones finales se realice de forma sistemática, explícita y reproducible, realiza recomendaciones por grados para reflejar la calidad de las evidencias que las soportan e incluye una representación gráfica de sus

recomendaciones finales, es decir, un algoritmo clínico, además de la bibliografía utilizada para su realización.

Para lograr su objetivo, la guía presenta al menos los siguientes 10 elementos:

1. La composición del grupo responsable de la realización de la guía.
2. El objetivo de la guía.
3. El método que se siguió para la selección de la evidencia sobre la que descansan las recomendaciones.
4. Un plan de actualización de la guía.
5. La codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica.
6. Una guía para la formulación de un plan de tratamiento.
7. Las recomendaciones de tratamiento.
8. Una representación gráfica de las recomendaciones (algoritmo clínico).
9. Información sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología.
10. La bibliografía utilizada para la construcción de la guía.

A continuación, se presentan las características principales de cada una de las guías de práctica clínica diseñadas en diferentes instituciones de salud de la Ciudad de México, ordenadas por fecha de publicación y agrupadas por institución a la que pertenecen, con el fin de identificar si comprenden al menos los diez elementos que componen la guía para el TOC de la APA.

4.2. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

En el 2009, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, publicó guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los 11 trastornos que con mayor frecuencia generaban demanda de atención en esa institución, en seguida, se exponen las dos que incluyen recomendaciones para el TOC.

Guía Clínica Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad.

La “Guía Clínica Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad” (Secretaría de Salud, 2009a) está dirigida tanto al especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia como al personal médico adscrito al primero y segundo nivel de atención en

salud mental, y tiene como objetivo proveer de lineamientos prácticos para el diagnóstico y el manejo de pacientes con trastornos de conducta.

En ella se indica que la evidencia sobre la que descansan las recomendaciones se seleccionó con base en la literatura de investigación reciente, publicada en Medline, medscape, Cochrane, Health Sciences, e imbiomed. Presenta información sobre la clasificación de los trastornos de ansiedad en la CIE-10 y el DSM-IV-TR, además, incluye datos sobre epidemiología, anatomía patológica, fisiopatología, etiología, cuadro clínico, clasificación e historia natural de la enfermedad.

El plan de tratamiento sugiere comenzar con un diagnóstico del paciente, definido operacionalmente, basado en datos de la historia clínica, datos psicopatológicos (aquellos que describen el estado clínico del trastorno), curso y pronóstico, antecedentes personales, personalidad premórbida, antecedentes familiares, respuesta terapéutica y marcadores biológicos.

También recomienda el “Inventario de miedos para niños y adolescentes” y el “Auto reporte de ansiedad para adolescentes” como instrumentos de diagnóstico, y la realización de estudios de imagen y función de sistema nervioso central: imágenes de resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, tomografía computarizada de emisión de fotón único y electroencefalograma.

Presenta una tabla guía para realizar un diagnóstico diferencial y aporta datos de comorbilidad. Sugiere, además, el uso de los siguientes instrumentos con el fin de discriminar entre síntomas clínicos de ansiedad y signos de ansiedad normales: “Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD)”, “Probable Trastorno de Ansiedad con Inhibición (ANIHB-T)”, “Probable Trastorno de Ansiedad Generalizada (ANGER-2)”, “K-SADS”, “MINI-KID” y “SCARED”.

El tratamiento farmacológico indicado es el uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: sertralina, fluoxetina, paroxetina, citalopram, y fluvoxamina, así como antidepresivos tricíclicos, de los cuales se hacen acotaciones sobre sus interacciones y los efectos que tiene su discontinuación.

El tratamiento psicológico recomendado descansa en los criterios de la Comisión de Expertos, de la División 12 “Psicología Clínica” de la Asociación Americana de Psicología,

y consiste en el uso de la terapia cognitivo conductual y la terapia cognitivo conductual con intervención familiar.

Como tratamientos adicionales; aunque, sin citar evidencia de efectividad, se sugiere la terapia psicodinámica con el fin de ayudar a que el niño pueda reflejar sus pensamientos; y la terapia de grupo, para mejorar sus destrezas sociales. Se recomienda psicoeducación para promover el apoyo y educación sobre el padecimiento, y se mencionan estudios con poblaciones de pacientes con trastornos de ansiedad que respondieron favorablemente a un programa de ejercicio aeróbico.

Al contrastar la “Guía Clínica Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad” con la guía de práctica clínica para el TOC de la APA, se encontró que la primera presenta: el objetivo de la guía; el método que se siguió para la selección de la evidencia sobre la que descansan las recomendaciones (pero no mencionan los años que se contemplaron, el tipo de material elegido, ensayos clínicos, series de casos, las palabras clave utilizadas en la búsqueda en las bases de datos, quiénes hicieron la redacción inicial de la guía, quiénes la revisaron y quiénes la aprobaron).

Presenta una guía para la formulación de un plan de tratamiento dirigido a los trastornos de ansiedad en general, así como las recomendaciones de tratamiento farmacológico para el TOC señaladas en un cuadro que incluye medicación, dosis inicial y efectos secundarios; también recomendaciones de tratamiento psicológico, aunque no son específicas para TOC.

Incluye un algoritmo clínico para el trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes; información sobre la historia natural del trastorno (el cuadro clínico incluye los síntomas de la ansiedad) curso, genética y epidemiología correspondientes a los datos aportados por el DSM-IV, y la bibliografía utilizada para la construcción de la guía.

Empero, no presenta la composición del grupo responsable de la realización de la guía, ni la codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica, lo que le resta confiabilidad. Además, no presenta un plan de actualización de la guía. Por lo tanto, no es recomendable como primera opción para acercarse a tratamiento del TOC en niños o adultos.

Guía Clínica Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes.

La “Guía Clínica Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes” (Secretaría de Salud, 2009b) está dirigida a psiquiatras, paidopsiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajo social que atienden a niños y adolescentes con TOC. Su objetivo es la elaboración de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

De forma específica, se espera que con su uso se agilice el proceso de diagnóstico e inicio de tratamiento, establecimiento de algoritmos de tratamiento costo-efectivos para los pacientes, el desarrollo de modelos de atención multidisciplinaria y la prevención de los efectos del TOC en el desarrollo y funcionamiento global de los pacientes.

El documento indica que la información sobre la que descansan las recomendaciones fue seleccionada siguiendo los lineamientos de la medicina basada en la evidencia, tomando los estudios clínicos aleatorizados, controlados y los metaanálisis en primer lugar, después los estudios controlados no aleatorizados y finalmente los estudios no controlados y los consensos de especialistas. Además, tomó en cuenta las opiniones y necesidades de pacientes y padres acerca de la atención que reciben. Una vez revisada la evidencia, las recomendaciones se establecieron por consenso entre los autores.

La guía ofrece una definición del TOC con acuerdo a las clasificaciones del DSM-IV y CIE-10, datos sobre epidemiología e incidencia de este padecimiento en el Hospital Juan N. Navarro, información sobre anatomía patológica, fisiopatología, etiología, cuadro clínico, clasificación e historia natural de la enfermedad. También sugiere que el proceso de evaluación diagnóstica incluya: la historia clínica psiquiátrica y médica general del paciente, una entrevista diagnóstica con el uso de los instrumentos K-SAD-PL, MINIKID, o la Entrevista Semiestructurada para adolescentes.

Igualmente recomienda se descarte que los síntomas se presenten como consecuencia del desorden neuropsiquiátrico pediátrico asociado con infecciones estreptocócicas (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococci, PANDAS).

Además se pide un examen del estado mental, una evaluación física que incluya exploración neurológica, una evaluación de la severidad por medio de la Escala Obsesiva Compulsiva Yale-Brown (Y-BOCS) o la escala de funcionamiento para pacientes con TOC

(COIS), una evaluación de riesgo suicida y autoagresión, y exámenes de laboratorio y gabinete, con el fin de obtener información sobre el estado de salud de los pacientes antes de iniciar tratamiento farmacológico para descartar la existencia de patología médica que condicione los síntomas obsesivo compulsivos.

La guía presenta una tabla para el diagnóstico diferencial, y datos sobre comorbilidad. Las recomendaciones para el tratamiento farmacológico del paciente son: clorimipramina, sertralina, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, y citalopram. Además, se adjunta información farmacológica sobre el manejo de los trastornos comórbidos más frecuentes, entre los que se incluye el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tics o psicosis, y el trastorno bipolar.

Como tratamiento psicosocial se recomienda comenzar con psicoeducación, continuar con terapia cognitivo conductual e intervenciones escolares al interior de la escuela, con el fin de identificar las habilidades del menor y hacer uso de ellas durante las clases, otorgar plazos mayores de tiempo para concluir asignaciones e incluso permitir que elija sus proyectos, consentir la entrada tarde a clase debida a los síntomas del TOC, ofrecer estrategias para que el menor resista ante las obsesiones y evite compulsionar apoyado por los profesores, así como ajustar las tareas a casa para evitar estresores académicos.

La terapia cognitivo conductual se sugiere con el uso de varias técnicas para enseñar al paciente a ser capaz de controlar sus pensamientos. Para ello, es necesario clarificar el problema con el objetivo de evitar la habituación a los síntomas por parte de familiares y demás personas cercanas, definir el encuadre (tiempo, duración, frecuencia), y diseñar un programa para el manejo de las obsesiones que incluya su identificación, jerarquización según el grado de ansiedad que producen, detener o posponer el pensamiento, evitar analizar el significado de las obsesiones, llevar un registro de los pensamientos obsesivos, realizar auto instrucciones y reforzar cuando sean ejecutadas.

También se sugiere el entrenamiento en técnicas breves de relajación, distracción de la atención, respiración profunda y, ejercicios de tensión-relajación. Aunque no se hace mención de la exposición y prevención de respuesta, se sugiere el manejo de las compulsiones al exponerse gradualmente a las situaciones ansiógenas, comenzando por aplazar la realización de los rituales, pensar y actuar lentamente durante el ritual, modificar

el orden, la frecuencia, o los objetos del ritual, y añadir una consecuencia al ritual con el fin de reforzar o extinguir el ritual.

Por último, se incluye un algoritmo de tratamiento para el TOC, tanto con las recomendaciones farmacológicas como las psicológicas. Se proporcionan datos sobre el pronóstico y los tres niveles de atención en salud mental infantil y de la adolescencia, útiles para decidir si el proceso terapéutico requiere hospitalización o puede llevarse a cabo de manera ambulatoria, así como la bibliografía revisada para la redacción de la guía.

Al contrastar la “Guía Clínica Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes” con la guía de práctica clínica de la APA para el TOC, se encontró que la primera, presenta: la composición del grupo responsable de la realización de la guía, el objetivo de la guía, el método que se siguió para la selección de la evidencia sobre la que descansan las recomendaciones, aunque no mencionan los años que se contemplaron, pero sí el tipo de material elegido (ensayos clínicos, series de casos, etc.), no se enuncian las palabras clave utilizadas en la búsqueda en las bases de datos, quiénes hicieron la redacción inicial de la guía, quiénes la revisaron y quiénes la aprobaron.

Presenta una guía para la formulación de un plan de tratamiento dirigida específicamente al TOC en niños y adolescentes, incluye una amplia serie de recomendaciones para el diagnóstico del TOC; pero sigue la clasificación del DSM-IV, lo cual entorpece el diagnóstico al exigir una hora al día como criterio para diagnosticar TOC, e incluye el trastorno por acumulación como un subtipo de TOC.

También incluye recomendaciones de tratamiento farmacológico y psicológico específicamente para el TOC infanto-juvenil. Muestra una representación gráfica de recomendaciones específicas para el TOC en niños y adolescentes (algoritmo clínico).

Presenta información basta sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología, aun cuando su publicación fue anterior a los cambios realizados en el DSM V. La información vertida en la guía corresponde a los hallazgos de la investigación en la que se basaron los cambios hechos al DSM, por lo tanto, es acorde con lo que hoy se sugiere, además, reporta datos sobre la incidencia del padecimiento en nuestro país, aun cuando se reduce únicamente a la ocurrida en su Hospital. En 2004 era del 0.15% y para el 2009 del 0.63%. Además, presenta la bibliografía utilizada para la construcción de la guía.

No presenta un plan de actualización de la guía, ni la codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica. Sin embargo, en este estudio se considera la mejor opción para acudir a tratamiento para el TOC en niños y adolescentes, ya que tanto la información como las recomendaciones coinciden con las vertidas tanto en el DSM-5 como en la guía para el tratamiento del TOC de la APA, e incluso le aventajan en cuanto a recomendaciones específicas para el cuidado infantil y juvenil.

4.3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

En el 2010, como parte del proyecto UNEMES-CISAME, consistente en la creación de unidades de atención especializadas en salud mental en todo el país, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz desarrolló una serie de guías de práctica clínica sobre los padecimientos más frecuentes en México, así, resultaron las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales. En seguida se presentan tres de ellas donde se realizan recomendaciones para el TOC.

Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad.

La “Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad” (Heinze y Camacho, 2010) está dirigida al personal de salud de primer nivel de atención (médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y enfermeros), con el fin de poder dar un diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad o poder referirlos a segundo y tercer nivel de atención en caso necesario.

Los autores afirman que fue realizada con base en la Guía de práctica clínica sobre el manejo de los trastornos de ansiedad, elaborada por la Asociación Psiquiátrica Canadiense en 2006 y complementada por una revisión exhaustiva de la literatura medico psiquiátrica disponible sobre los trastornos de ansiedad más reciente hasta el momento de su elaboración, por parte de un grupo de investigadores y clínicos pertenecientes a la institución.

Contiene un apartado donde se especifica la metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia de las recomendaciones. Advierte que se utilizó el sistema GRADE y presenta cuadros con las sugerencias sobre el manejo del paciente en una primera columna y la evidencia que las soporta en la segunda columna.

Las recomendaciones se presentan en seis apartados: (a) que describe acciones particulares para la detección oportuna de los trastornos de ansiedad, (b) donde se describen estrategias generales para la elaboración del diagnóstico de cada trastorno y su diagnóstico diferencial, (c) que describe cómo determinar la severidad del cuadro para decidir si el paciente debe ser atendido en el primer nivel o deberá ser referido al segundo o tercer nivel, (d) donde se describe la metodología para determinar el riesgo suicida, (e) que describe el plan de tratamiento y ayuda al clínico a decidir sobre la locación, el tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico recomendados, y (f) donde se describe la fase de seguimiento.

En las recomendaciones para la elaboración del plan de tratamiento se sugiere permitir al paciente participar en la elección de su tratamiento, y otorgar psicoeducación tanto al paciente como a los familiares de apoyo con el fin de favorecer la adherencia terapéutica.

Respecto al tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad, se advierte que debe ser determinado únicamente por el médico psiquiatra. Se presenta un cuadro con los medicamentos utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, que son los siguientes: tricíclicos y tetracíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, agonista 5HT, IRSN, estabilizadores del ánimo, modulador NE-serotonina, IMAO, benzodiazepinas, antipsicóticos atípicos, anticomisiales y B-bloqueadores. Así mismo, se recomienda la elaboración del diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad según el CIE-10 o el DSM-IV-TR, descartar la comorbilidad médica, y determinar la severidad de la sintomatología para su referencia a psiquiatría.

También se incluye un apartado de recomendaciones particulares sobre el tratamiento, donde se especifican los fármacos de primera línea para cada trastorno y la terapia psicológica recomendada. No hay recomendaciones particulares para el TOC, únicamente se indica que se refiera al siguiente nivel de atención en todos los casos. Se presenta un algoritmo para el manejo de los trastornos de ansiedad donde sólo se indica que una vez identificado el TOC se debe referir a psiquiatría, y solamente en el trastorno de pánico está recomendada la terapia de exposición.

Al contrastar la “Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad” con la guía de práctica clínica de la APA para el TOC, se encontró que la primera presenta: la

composición del grupo responsable de la realización de la guía, especificando quienes efectuaron la validación interna y la validación externa. Presenta tanto el objetivo general como los objetivos específicos de la guía; la metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia sobre la que descansan las recomendaciones, aunque no menciona los años que se contemplaron, ni se enuncian las palabras clave utilizadas en la búsqueda en las bases de datos, pero sí el tipo de material elegido (ensayos clínicos, series de casos, etc.).

Incluye la codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica, y una guía para la formulación de un plan de tratamiento dirigida a los diferentes trastornos de ansiedad. Además, presenta recomendaciones para el diagnóstico del TOC, aunque no recomendaciones para su tratamiento (sólo se indica que se refiera al siguiente nivel de atención una vez identificado el TOC). Muestra una representación gráfica de recomendaciones para el manejo de los trastornos de ansiedad (algoritmo clínico), y la bibliografía utilizada para la construcción de la guía.

No presenta un plan de actualización de la guía, ni recomendaciones de tratamiento farmacológico o psicológico para el TOC. No presenta información sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología. Por lo tanto, no es recomendable para quienes ya tienen un diagnóstico de TOC, que, como indica la guía, serán remitidos con el especialista.

Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes.

La “Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes” (Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010) está dirigida a profesionales de la salud y encaminada a proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico, así como estrategias de intervención psicológica y social. Tiene como objetivo asistir a los profesionales de la salud en el reconocimiento de las características clínicas que deben ser objeto de referencia a un especialista en el área.

Se especifica que para la evaluación y el diagnóstico se deberá hacer uso del DSM-IV-TR; aunque, para fines de reporte al sistema de salud se usaron los códigos de identificación de los trastornos mentales de la CIE-10. Presenta información sobre los criterios diagnósticos del TOC, así como datos sobre su etiología, epidemiología, aspectos socioculturales y recomendaciones generales para su evaluación y diagnóstico, haciendo

énfasis en los patrones de comportamiento más comunes en el TOC: contaminación, revisión, obsesiones puras y atesoramiento.

En la guía se indica que el tratamiento debe iniciarse siempre que sea posible, con las intervenciones psicosociales, psicoeducativas y psicoterapéuticas. En psicoeducación debe ofrecerse información sobre el padecimiento y estrategias de afrontamiento para el control de los síntomas tanto a los pacientes como a sus padres.

El tratamiento farmacológico debe ser instalado por el psiquiatra, e indica que los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: fluoxetina, sertralina y fluvoxamina en dosis más altas que en el resto de los trastornos de ansiedad, sin embargo, no se indican cantidades, se sugiere dejar las estrategias terapéuticas en manos del especialista.

Otro tipo de cuidados que se proponen son los ajustes en el salón de clases de los pacientes, tales como: adaptar la longitud de las tareas a la capacidad del estudiante, permitir que un adulto espere al alumno fuera del salón de clases para ayudarlo con estrategias para manejar la ansiedad, y establecer contacto con los profesores para brindarles educación sobre el trastorno.

Debido a que los padres y el resto de la familia juegan un papel importante en el desarrollo y ansiedad de los niños y adolescentes, se recomienda al profesional estimular que en casa se propicie el apego al tratamiento, la toma de medicamentos, la eliminación de estigmas, la asistencia a psicoterapia tanto del menor como de los padres en caso de ser necesaria y evitar establecer castigos o violentar al paciente.

El documento ofrece un algoritmo de tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes, y proporciona datos sobre el pronóstico y los niveles de atención en salud mental infantil y de la adolescencia, útiles para decidir si el proceso terapéutico requiere hospitalización o puede conducirse de manera ambulatoria. Por último, se solicita que, en caso de identificar síntomas de TOC se envíe al paciente desde la evaluación inicial con el especialista.

Al contrastar la “Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes” con la guía de práctica clínica de la APA para el TOC, se encontró que la primera presenta: la composición del grupo responsable de la realización de la guía, especificando quienes efectuaron la validación interna y la validación externa. Presenta los

objetivos de la guía, así como una pauta para la formulación de un plan de tratamiento dirigida a los trastornos de ansiedad en general.

Incluye las recomendaciones de tratamiento farmacológico y psicológico para los trastornos de ansiedad en general, pero sólo algunas anotaciones para el TOC. Muestra una representación gráfica de recomendaciones para el manejo de los trastornos de ansiedad (algoritmo clínico), e información sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología del TOC, así como la bibliografía utilizada para la construcción de la guía.

No presenta la metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia sobre la que descansan las recomendaciones, ni un plan de actualización de la guía. Tampoco presenta la codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica. Pero, sobre todo, no se recomienda para quienes deseen ser tratadas por padecer TOC, ya que, no contempla acciones específicas para el TOC ni en adultos ni en niños.

Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes.

La “Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes” (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil, 2010) está dirigida a profesionales de la salud que trabajan con menores de edad, y tiene como objetivo informar sobre los tratamientos psicológicos efectivos para diferentes trastornos que se presentan en niños y adolescentes, dotar de los conceptos centrales y las características de estos tratamientos al paciente, así como proveer de algoritmos para el tratamiento psicológico de los trastornos internalizados y externalizados en niños y adolescentes.

Aclara que se consideran tratamientos validados empíricamente o basados en la evidencia, es decir, que debe haberse demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos aleatorios, que el cambio ocurrido por los tratamientos se mantenga con el paso del tiempo, y que, al menos un equipo de investigadores diferente haya llegado a resultados similares.

De acuerdo con la guía, los tratamientos que han mostrado eficacia para estos trastornos se basan en teorías del aprendizaje, conductuales y cognitivas y se ofrece referencia bibliográfica para cada una de las recomendaciones. En especial, se hace hincapié en la bibliografía que muestra la eficacia del uso de la terapia cognitivo conductual en conjunción con la terapia farmacológica por sobre el uso de la monoterapia.

El TOC aparece en esta guía como uno de los trastornos internalizados (ansiedad y depresión), y para todos ellos se recomienda que, una vez hecho el diagnóstico, se prosiga con psicoeducación, dentro de la cual es imprescindible realizar una jerarquización de situaciones o estímulos fuente de preocupaciones y de conductas de evitación. Además, encarga adaptar el lenguaje del profesional a las capacidades del niño, para poder explicar en qué consiste su trastorno y cómo funciona.

La terapia cognitivo conductual consiste en trabajar con reestructuración cognitiva, que debe aplicarse a cada pensamiento automático referente de los estímulos que le producen ansiedad, siguiendo siempre un orden de menor a mayor grado. Una vez que el niño logre identificar los pensamientos desadaptativos, se le enseñará la técnica de detención de pensamiento, con el fin de romper la cadena de obsesiones. También se recomienda someter a prueba la evidencia en la que descansan las obsesiones; pero se advierte que esta estrategia se usa sólo con niños mayores de ocho años o que tengan un dominio superior de su conducta verbal.

Una vez que el paciente haya logrado regular sus emociones, se prosigue con la exposición y prevención de respuesta. Ya sea exposición imaginada o exposición en vivo, se deben introducir los estímulos que producen ansiedad de forma gradual de menor a mayor y en un ambiente que garantice seguridad al niño.

En caso de que el paciente no posea las habilidades para llevar a cabo la exposición, se recomienda el entrenamiento en habilidades sociales con técnicas de modelamiento y representación de roles. Y durante todo el proceso es importante recordarle que es posible que los miedos vencidos pueden volver a presentarse, y deberá hacer uso de las herramientas aprendidas para enfrentarlo (inoculación ante el fracaso y prevención de recaídas).

Un apartado sobre especificidades acerca de cada trastorno, indica que, para el tratamiento del TOC, debe tenerse en cuenta que, los niños no suelen reconocer como problemas sus rituales y obsesiones, por lo que es necesario involucrar al resto de la familia, especialmente a los padres, quienes pueden promover o participar en los rituales para evitar el enojo y malestar del niño. La guía ofrece un algoritmo para el tratamiento psicológico de trastornos internalizados en niños y adolescentes.

Al contrastar la “Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes” con la guía de práctica clínica de la APA para el TOC, se encontró que la primera presenta: la composición del grupo responsable de la realización de la guía, especificando quiénes efectuaron la validación interna y la validación externa. Presenta los objetivos de la guía, una pauta para la formulación de un plan de tratamiento dirigida a los trastornos internalizados: ansiedad o depresión.

Incluye las recomendaciones de tratamiento psicológico para los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, pero sólo contiene algunas especificidades del TOC para tener en cuenta. Muestra una representación gráfica de recomendaciones para el tratamiento psicológico de trastornos internalizados en niños y adolescentes (algoritmo clínico) y la bibliografía utilizada para la construcción de la guía.

No presenta la metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia sobre la que descansan las recomendaciones, ni un plan de actualización de la guía. Tampoco la codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica ni información sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología del TOC. Por lo tanto, no es recomendable para el tratamiento de pacientes infantiles diagnosticados con TOC.

4.4. Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud

También en 2010, las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF y PEMEX) bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, elaboraron guías de práctica clínica con acuerdo a los principios de la medicina basada en la evidencia, una de ellas incluye recomendaciones para el TOC.

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto.

La “Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto” (Secretaría de Salud, 2010) tiene como usuarios potenciales a profesionales de la salud, entre los que incluye médicos psiquiatras, médicos familiares, psicólogos, enfermeras, y trabajadoras sociales del primer, segundo y tercer nivel de

atención. La población a la que se dirige son mujeres y hombres de 18 a 64 años, con excepción de mujeres durante el embarazo o la lactancia.

Tiene como objetivo la identificación de personas en riesgo y la identificación oportuna de los trastornos en los pacientes según los criterios diagnósticos de la CIE-10; así como su tratamiento farmacológico, psicológico, y su seguimiento. Con ello, se espera mejorar la capacidad de los tres niveles de atención en el diagnóstico oportuno y manejo de los pacientes con trastornos de ansiedad, así como mejorar la eficacia de su referencia y contrarreferencia entre los tres niveles de atención, optimizar el uso de recursos terapéuticos y diagnósticos, y disminuir recaídas, recurrencia, comorbilidad, y la discapacidad asociada con otros trastornos.

El documento presenta en los anexos la metodología que se siguió para su elaboración. Se indica el protocolo de búsqueda: criterios de inclusión y exclusión de la bibliografía revisada y la estrategia de búsqueda. Por último, se presenta un algoritmo del diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad, y un algoritmo del tratamiento de los trastornos de ansiedad, así como la bibliografía que respalda las recomendaciones. Asegura que se validó tanto el protocolo de búsqueda de la información, como la guía de práctica clínica haciendo uso de pares clínicos al interior del IMSS y de manera externa, por la Academia. La última vez que se actualizó fue en agosto de 2011.

El texto inicia con información acerca de los trastornos de ansiedad, la forma en que se clasifican según el DSM-IV-TR y la CIE-10 realizando una comparación entre ambas clasificaciones. Aporta datos epidemiológicos, factores de riesgo, estrategias para la prevención y los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos usuales.

Las evidencias se presentan seguidas de su recomendación, la cual esta gradada con un número y/o letra según la calidad y fuerza de la recomendación proveniente de las guías de práctica clínica utilizadas como documento base. En los casos donde no se cuenta con una guía de práctica clínica como referencia, las evidencias y recomendaciones se realizan con base en el análisis de ensayos clínicos, estudios observacionales y metaanálisis.

Respecto al TOC, se recomienda como tratamiento farmacológico de primera línea, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, paroxetina y sertralina). Como medicamentos de segunda línea, la clomipramina, venlafaxina, y citalopram. Y de tercera línea, clomipramina IV y escitalopram. También

informa que no se ha demostrado en forma consistente la eficacia de medicamentos como clonazepam en el tratamiento del TOC.

Como tratamiento no farmacológico se indica la terapia cognitivo conductual, y se aconseja emplearla en combinación con el uso de fármacos. La exposición y prevención de respuesta sólo se recomienda para tratar fobias específicas.

La guía también incluye criterios de referencia de un nivel de atención a otro. De primer a segundo nivel, se deben referir aquellos pacientes con duda diagnóstica, comorbilidad psiquiátrica u orgánica, ideación suicida, persistencia de síntomas por más de 12 semanas, e incapacidad laboral. Del segundo al tercer nivel de atención, se debe referir a los pacientes que no hayan presentado una etiología física o síntomas de intoxicación con alguna sustancia, que presenten un trastorno severo de personalidad y riesgo de agresión, síntomas depresivos con alto riesgo suicida, y necesidad de un ambiente controlado.

La contrarreferencia de tercer a segundo nivel se realizará cuando se haya alcanzado estabilidad clínica en fase de continuación o mantenimiento, y de segundo a primer nivel, cuando el paciente haya remitido la sintomatología y se encuentre en fase de continuación o mantenimiento. Por último, se indica vigilar la evaluación del paciente a las 2, 4, 6 y 12 semanas de iniciado un tratamiento antes de considerar un tratamiento alternativo en caso de no haber mejoría.

Al contrastar la “Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto” con la guía de práctica clínica de la APA para el TOC, se encontró que la primera presenta: la composición del grupo responsable de la realización de la guía, especificando quiénes efectuaron la validación interna y la validación externa.

Presenta los objetivos de la guía, la metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia sobre la que descansan las recomendaciones y el tipo de material elegido (ensayos clínicos, series de casos, etc.), pero no menciona los años que se contemplaron, ni se enuncian las palabras clave utilizadas en la búsqueda en las bases de datos. También presenta la codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica y una guía para la formulación de un plan de tratamiento dirigida a los diferentes trastornos de ansiedad en el adulto.

Incluye recomendaciones de tratamiento farmacológico y psicológico específicas para el TOC. Muestra una representación gráfica de recomendaciones para el diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad (algoritmo clínico) y otra para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, así como la bibliografía utilizada para la construcción de la guía.

No presenta un plan de actualización de la guía, ni exhibe información sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología del TOC, sin embargo, se valora en este estudio como la mejor opción para el tratamiento del TOC en adultos, debido a que contiene las recomendaciones específicas para el tratamiento farmacológico y psicológico del TOC por grado de confianza clínica, que coinciden con las realizadas por la guía para el tratamiento del TOC de la APA.

En este capítulo, para evaluar seis guías de práctica clínica para el tratamiento del TOC en la Ciudad de México, se tomó como criterio, la “Guía práctica para el tratamiento de pacientes con TOC” de la APA. Se consideró que, para ser efectiva, una guía de práctica clínica para el TOC debería contar con al menos 10 puntos que la guía APA presenta para lograr su objetivo.

Las seis guías aquí presentadas son el resultado de un esfuerzo por crear un referente nacional para la toma de decisiones clínicas respecto a problemas de salud, en este caso, dirigidas al manejo de los trastornos de ansiedad, entre los que aún se incluye el TOC. Si bien, no toman en cuenta los cambios ocurridos en la clasificación de este padecimiento a partir del DSM-5, coinciden hasta cierto punto con las recomendaciones realizadas en la “Guía de práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo” de la APA.

La Tabla 1, presenta de manera gráfica los siguientes resultados:

1. En todas las guías de práctica clínica se manifiesta la composición del grupo responsable de la realización de la guía.
2. En todas las guías de práctica clínica se indica el objetivo de la guía.
3. En todas las guías de práctica clínica se revela el método que se siguió para la selección de la evidencia sobre la que descansan las recomendaciones.
4. De las seis guías de práctica clínica revisadas, solamente la guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, de la

Secretaría de Salud, presenta un plan de actualización de la guía, que de hecho se realizó en agosto de 2011.

5. De las seis guías de práctica clínica, únicamente tres presentan la codificación de las recomendaciones por grado de confianza clínica, estas son, la guía de práctica clínica Manejo de la Ansiedad, y la guía de práctica clínica TA en Niños y Adolescentes, ambas del Instituto Nacional de Psiquiatría, y la guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de los TA en el Adulto, de la Secretaría de Salud.

6. Todas las guías de práctica clínica incluyen una guía para la formulación de un plan de tratamiento.

7. Todas las guías de práctica clínica exhiben recomendaciones de tratamiento para los TA.

8. Todas las guías de práctica clínica incluyen una representación gráfica de las recomendaciones (algoritmo clínico).

9. De las seis guías de práctica clínica, únicamente tres presentan información sobre la historia natural del trastorno, curso, genética y epidemiología, estas son, la guía de práctica clínica Diagnóstico y Manejo de los TA y Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes, ambas del Hospital Psiquiátrico Infantil, y la guía de práctica clínica Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría.

10. Todas las guías de práctica clínica cuentan con la bibliografía utilizada para la construcción de las recomendaciones.

Tabla 1

Comparación de Guías de Práctica Clínica mexicanas con la Guía de Práctica Clínica de la APA para el TOC

Guía práctica para el tratamiento de pacientes con TOC	Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad	Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes	Manejo de la Ansiedad	Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes	Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes	Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto
Grupo responsable de la realización de la guía.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Objetivo de la guía.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Método que se siguió para la selección de la evidencia.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Plan de actualización de la guía.	No	No	No	No	No	Sí
Codificación de las recomendaciones.	No	No	Sí	Sí	No	Sí
Formulación de un plan de tratamiento.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Recomendaciones de tratamiento.	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Algoritmo clínico.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Información general sobre el trastorno.	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Bibliografía.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

CONCLUSIONES

En esta tesina se investigó cuál es el estado de las intervenciones que se llevan a cabo en materia de TOC en la Ciudad de México, y sobre qué conocimientos descansa dicha práctica. Los resultados muestran que desde 2009 se cuenta con guías de práctica clínica para atender los trastornos de ansiedad en las instituciones de salud de la Ciudad de México. En ellas se incluyen recomendaciones para el TOC, pero sólo una se refiere específicamente al TOC y está dirigida únicamente a niños y adolescentes.

Con base en el análisis de las guías para el tratamiento del TOC, de instituciones de salud encontradas en Internet, se concluye en este estudio que el estado de las intervenciones que se llevan a cabo en la Ciudad de México en materia de TOC requiere una pronta actualización de los conocimientos sobre los que descansa dicha práctica, ya que, no existen guías de práctica clínica específicas para el TOC en adultos. Este hecho es muestra del atraso respecto a los conocimientos más recientes que deberían servir como referente para la toma de decisiones acerca de este padecimiento.

Por otro lado, aunque algunas de las guías revisadas incluyen recomendaciones coincidentes con las realizadas por la guía de la APA para el tratamiento del TOC, los criterios diagnósticos en los que se basan son los del DSM-IV o DSM-IV-TR. Esto conlleva el peligro de realizar un sub-diagnóstico del TOC, dejando fuera a pacientes que requieren la atención. Por ejemplo, a quienes: (a) no presentaran tanto obsesiones como compulsiones, (b) no consideraran inapropiados sus pensamientos, (c) no presentaran altos niveles de ansiedad, (d) no consideraran excesivas sus obsesiones o compulsiones, y (e) no perdieran más de una hora al día en sus obsesiones o compulsiones.

Además, no se contemplaría en el tratamiento el buen pronóstico de remisión para quienes presentan comorbilidad con trastornos por tics, ni se podrían distinguir síntomas similares en los trastornos de la alimentación, el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de acumulación, de los que ahora se considera no son subgrupos del TOC, sino trastornos independientes.

Aun cuando ninguna de las guías de práctica clínica revisadas cubre los 10 elementos que se establecieron como mínimo para considerar que son confiables para el manejo del TOC, no significa necesariamente que sean obsoletas, ya que, las que incluyen

recomendaciones específicas para el TOC, coinciden en que los tratamientos de primera elección deben ser el uso de la terapia farmacológica con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y la utilización de la terapia cognitivo conductual, específicamente la exposición y prevención de respuesta.

Asimismo, las guías revisadas incluyen recomendaciones que no contempla la guía de la APA, sobre todo, en el área diagnóstica. Por ejemplo, inventarios y auto reportes para niños y adolescentes, y estudios de imagen y función de sistema nervioso central tanto para niños como adultos. Aunque en la práctica parecen no realizarse en las clínicas y hospitales debido a cuestiones económicas.

Las guías también integran al tratamiento otro tipo de procedimientos no contemplados en la guía de la APA. Por ejemplo, la terapia cognitivo conductual con intervención familiar, intervenciones al interior de la escuela (en el caso del TOC infantil), detención de pensamiento, aplicación de auto-instrucciones y su reforzamiento, distracción de la atención y, entrenamiento en técnicas de relajación.

A diferencia de la guía de la APA, algunas de ellas también incluyen recomendaciones tanto para la evaluación como para el tratamiento del TOC infanto-juvenil, el cual presenta características que requieren un tratamiento especial. Por ejemplo, al destacar la necesidad de realizar exámenes para diferenciar los síntomas del TOC de los causados por el desorden neuropsiquiátrico pediátrico asociado con infecciones estreptocócicas (PANDAS). Y en el tratamiento, al destacar que muchos niños responden mejor a la terapia cognitivo conductual sin el uso de fármacos.

Sin embargo, es necesario: (a) realizar investigaciones epidemiológicas nacionales sobre el TOC, con acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5; (b) contar con estudios que investiguen cuáles son los tratamientos que de hecho se llevan a cabo en las instituciones de salud pública y someterlos a evaluación; (c) crear guías de práctica clínica especialmente diseñadas para el manejo del TOC, incorporando los hallazgos y nuevas investigaciones sobre el padecimiento y su tratamiento; (d) crear programas de difusión para que la población tenga la información y la confianza para solicitar la ayuda disponible en el sector salud; (e) introducir la materia de salud mental en los programas de estudio de las universidades donde se forman los profesionales de la salud mental, y realizar convenios con instituciones para cumplir el servicio social en clínicas y hospitales.

Cabe señalar, que la evaluación de las guías únicamente se basa en su comparación con los criterios mínimos tomados de la “Guía de practica para el tratamiento de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo” de la APA; no contemplan condiciones tales como el conocimiento y experiencia personal o de equipo de los profesionales responsables al tratar el padecimiento en las diferentes instituciones. Por ejemplo, aunque no existe una guía de práctica clínica para el tratamiento del TOC en el Instituto Nacional de Psiquiatría, es el único centro en la Ciudad de México que cuenta con una Clínica de TOC manejada por especialistas con el entrenamiento necesario, actual y suficiente para tratar el padecimiento.

Entre las aportaciones que esta tesina reporta, se encuentra la revisión de los estudios más relevantes respecto al TOC en México, que puede servir como punto de partida para investigaciones posteriores del tema. Entre las futuras líneas de investigación destaca la necesidad de: (a) contar con estudios epidemiológicos que cuenten con muestras nacionales y actuales del TOC en México, que puedan servir para la realización de programas preventivos, y (b) contar con estudios sobre los tratamientos utilizados en las poblaciones clínicas, con el fin de poder evaluar las intervenciones. Otra de las aportaciones de esta tesina ha sido el rastrear e incluir la referencia de algunos de los estudios contemplados para la preparación del DSM-5, así como presentar una actualización de los datos demográficos y de curso acerca del padecimiento en Estados Unidos. De manera que sirvan para consultar las fuentes al momento de iniciar investigaciones referentes al TOC en la actualidad.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM). Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-II), Second edition. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III), Third edition. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III-R), Third Edition-Revised. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV), Fourth edition. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR), Fourth Edition-Revised. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington, VA.: American Psychiatric Association. Recuperado de https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Balan-Torre, A. (2012). Prevalencia y comorbilidad psiquiátrica del TOC en Tabasco. *Salud en Tabasco*, 18, 79-86. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/SaludenTabasco/2012/vol18/no3/2.pdf>

- Ballesteros, M. A., y Ulloa, F. R. (2011). Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. grave. *Salud Mental*, 34, 121-128. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Berrios, G. E. (2006). Historia de los trastornos obsesivos. En R. J. Vallejo y G. E. Berrios (Eds). *Estados obsesivos* (pp. 3-16). Barcelona: Masson.
- Bianchi, E. (2013). Todo tiene un principio... y en el principio fue el DSM-III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense. *Revista Culturas Psi*, 2, 87-114. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/culturaspsi/article/view/5205/4822>
- Bloch, M. H., McGuire, J., Landeros-Weisenberg, Leckman, J. F., y Pittenger, C. (2010). Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 15, 850-855. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19468281>
- Blomstedt, P., Sjöberg R. L., y Hansson, M. (2013). Deep brain stimulation: in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *World Neurosurgery*, 80, 245-253. Resumen recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23044000>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., y López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública*, 46, 451-463. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/index>
- Caraveo-Anduaga, J. J., Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Villatoro, J., Martínez-Vélez, A., y Gómez, M. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19, 14-21. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Caraveo-Anduaga, J. J., y Colmenares, B. E. (2004). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico City. *Salud Mental*, 27, 1-6. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los TA en Niños y Adolescentes*. Ed. S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, M. E. Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la

- Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
- Chávez-León, E., Ontiveros, U. M., y Serrano, G. C. (2008). Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores de la recaptura de serotonina-5HT). *Salud Mental*, 31, 307-319. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Cía, A. H. (1995). *Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17, 319-325. Recuperado de <https://www.dialogues-cns.org/>
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30, 81-90. Recuperado de <https://www.revistahistoriapsicologia.es/>
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA Psychiatry*, 268, 2421-2425. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/400956>
- Field, M., y Lohr, K. (Ed). (1990) *Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161. Resumen recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15625214>
- García, M. G., Saldívar, G. A., Llanes, C. A., y Sánchez J. I. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34, 367-378. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Heinze, G. (1996). Del DSM-III-R al DSM-IV. *Salud Mental*, 19, 4-6. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Heinze, G., Camacho, P.V. (2010). *Guía clínica para el Manejo de Ansiedad*. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de

- Psiquiatría. (Serie: Guías para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf
- Hernández L., Benjet, C., Andar, M. A., Bermúdez, G., Gil, F. (2010). *Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes*. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/tx_psicologico_trastornos.pdf
- Jenike, M. A., Baer, L., y Minichiello, W. (2001). Visión general del trastorno obsesivo-compulsivo. En Jenike, M. A. (Ed). *Trastornos obsesivo-compulsivos: manejo práctico* (pp. 3-11). Madrid: Harcourt.
- Jerez, S., y Silva, H. (2014). DSM-5. Análisis y controversias. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 52, 55-61. [Suplemento]. Recuperado de https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S., et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240. Recuperado de <https://www.paho.org/journal/>
- Koran, L., y Simpson, H. (2013). *Guideline watch (march 2013.: Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Association. Recuperado de https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-watch.pdf
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., y Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 507-527. <http://doi.org/10.1002/da.20669>
- Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., Cassmassi, B. J., et al. (2013). Quality in life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 18, 21-33. Resumen recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23279901>

- Madeiro, L. A. (2000). Medicina basada en evidencias: un ejemplo basado en la pediatría. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 98, 218-230. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/publicaciones/archivos.html>
- Matsunaga H., y Seedat, S. (2007). Obsessive-compulsive spectrum disorders: cross-national and ethnics issues. *CNS Spectrums*, 12, 392-400. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6318678_Obsessive-Compulsive_Spectrum_Disorders_Cross-national_and_Ethnic_Issues
- Milad, M. R., y Rauch, S. L. (2012). Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 43-51. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955838/>
- Milad, M. R., Furtak, S. C., Greenberg, J. L., Keshaviah, A., Im, J. J., Falkenstein, M. J., Jenike, M., et al. (2013). Deficits in conditioned fear extinction in obsessive-compulsive disorder and neurobiological changes in the fear circuit. *JAMA Psychiatry*, 70, 608-618. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1679422>
- Nicolini, H., Mejía, J., Merino, J., y Sánchez de Carmona, M. (1992). Estudio del paciente obsesivo compulsivo en una muestra mexicana. Experiencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 15, 1-11. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Nicolini, H., Orozco, B., Giuffra, L., Páez, F., Mejía, J., Carmona, M.S., Sidenberg, D., et al. (1997). Age of onset, gender and severity in obsessive-compulsive disorder. A study on a Mexican population. *Salud Mental*, 20, 1-4. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Nicolini, H., y Lóyzaga, C. (2000). Tratamiento farmacológico del TOC. *Salud Mental*, 23, 40-45. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Okuda, M., y Simpson, H. B. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder. En Phillips, K. A., y Stein, D. J. (Eds). *Handbook on Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association.

- Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pauls, D. L. (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 149-163. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181951/>
- Phillips, K. A., y Stein, D. J. (2015). Introduction and Major Changes for the Obsessive-Compulsive and Related Disorders in DSM-5. En K. A. Phillips, y D. J. Stein (Eds). *Handbook on Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association.
- Piacentini J., Bergman, R. L., Keller, M., y McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 61-69. Resumen recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12880501>
- Ramírez, U. J. (2016). *Resultados del tratamiento neuroquirúrgico en Trastorno Obsesivo compulsivo en el Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda. Revisión de 15 años de experiencia.* (Tesis de Neurocirugía). UNAM, Facultad de Medicina. Recuperado de <http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F?RN=634505813>
- Rodríguez, H. C. (2013). *Eficacia de la termoablación y la estimulación cerebral profunda en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo resistente a tratamiento en el CMN 20 de Noviembre.* (Tesis de Psiquiatría). UNAM, Facultad de Medicina. Recuperada de <http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F?RN=634505813>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18725912>
- Sánchez-Mendiola, M. (2001). La medicina basada en evidencias en México: ¿Lujo o necesidad?. *Anales Médicos*, 46, 97-103. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=11>

- Secretaría de Salud. (2007). *Programa de acción específico 2007-2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica*. Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/PAES/gpc.pdf>
- Secretaría de Salud (2009a). *Guía Clínica Diagnóstico y Manejo de los TA*. Recuperado de http://www.sap.salud.gob.mx/media/61190/nav_guias5.pdf
- Secretaría de Salud (2009b). *Guía Clínica Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes*. Recuperado de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/05/guia-clinica-toc-infantil.pdf>
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los TA en el Adulto*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E., Foa, E. B., y Liebowitz, M. R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 269-276. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/7211900_Response_Versus_Remission_in_Obsessive-Compulsive_Disorder
- Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Ledley, D. R., Huppert, J. D., Cahill, S., Vermes, D., et al. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 621-630. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945728/>
- Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Huppert, J. D., Cahill, S., Maher, M. J., McLean, C. P. et al. (2013). Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70, 1190-1199. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1737168>
- Tallis, F. (1999). *Trastorno obsesivo compulsivo: una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Torres, A. R., Ramos-Cerqueira, A. T., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., do Rosário, M. C., y Miguel, E. C. (2011). Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence

- and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 17-26. Resumen recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21272513>
- Ulloa F. R., Palacios C. L., Sauer, V. T. (2011). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. *Salud Mental*, 34, 415-420. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Vargas, A. L., Palacios, C. L., González, T. G., y De la Peña, O. F. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. *Salud Mental*, 31, 173-179. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Vargas, A. L., Palacios, C. L., González, T. G., y De la Peña, O. F. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Segunda parte. *Salud Mental*, 31, 284-289. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental
- Wu, K., Hanna, G. L., Rosenberg, D. R., Arnold, P. D. (2012). The role of glutamate signaling in the pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 100, 726-735. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437220/>
- Yaryura-Tobias, J. A. (1997). *Trastornos obsesivo-compulsivos: patogénesis, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Harcourt, Brace.