

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL

**CARACTERIZACION DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO CONSULTANTES DEL HOSPITAL NACIONAL
PSIQUIATRICO DE EL SALVADOR DE FEBRERO - JULIO 2011**

PARA OPTAR AL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Presentado por:

Dra. Tamesi Xucit Galdámez

Asesor metodológico:

Dr. Rafael Jule

Diciembre del 2011

CONTENIDO

CAPITULO		PAGINA
	RESUMEN EJECUTIVO	
I	INTRODUCCION	1
II	OBJETIVOS	3
III	MARCO TEORICO	4
IV	DISEÑO METODOLOGICO	19
V	RESULTADOS	24
VI	DISCUSION	38
VII	CONCLUSIONES	40
VIII	RECOMENDACIONES	41
IX	BIBLIOGRAFIA	43
	ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo fue la caracterización de personas que padecen trastorno obsesivo compulsivo que consultan al hospital nacional de psiquiatría por medio de un estudio Descriptivo de corte Transversal.

El universo fue de ciento cuarenta y ocho personas, la muestra de ciento ocho, la totalidad atendidas en consulta externa y área de emergencia entre febrero y julio del presente año a quienes previa autorización se entrevista para la medición de la gravedad por medio de la escala Yale Brown y se solicita expediente clínico para captura de datos en ficha.

De las ciento ocho personas 56% fueron hombres, 47% de 26 a 35 años, el 66% eran solteros, las mujeres se ocupaban como amas de casa en un 27%, los hombre desempleados en 15%, católicos en un 66%, el nivel de estudio de 1ero a 6to grado fue de 37%, el área de procedencia que impero fue el área central con 40%.

Las ideas obsesivas de contaminación fueron las más comunes con 32%, que en el 60% no presentaban compulsión pero de estas la más frecuente es la de limpieza con 47%

El 47% se clasifico en grado leve del trastorno.

Se encontró un aumento gradual y marcado de los casos de trastorno obsesivo compulsivo diagnosticados conforme ha pasado el tiempo con mayor porcentaje en la década del 2000 de 66%

El tratamiento farmacológico usualmente empleado en la actualidad fue la clomipramina con benzodiacepina con un 27% seguido de clomipramina como monoterapia con 19%.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, caracterización.

I. INTRODUCCION

Respecto al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se puede decir tanto, todo lo descrito en literatura internacional producto de múltiples estudios descriptivos, experimentales, multicentricos, mas es difícil tener un dato certero respecto a dicho padecimiento descrito en la población latinoamericana y sus peculiaridades.

Las personas con TOC esperan en ocasiones años para ser diagnosticadas adecuadamente provocando gran sufrimiento y estigmatización en los pacientes que la padecen, la edad de primera consulta según el sexo nos ayudaría a guiarnos en cuanto al bagaje de patologías a descartar en una situación determinada con un paciente específico a cierta edad.

Gracias a numerosos estudios se conoce que es mucho más frecuente de lo estimado, el 31% de los primeros episodios se cuantifican entre los 10 y los 15 años de edad y el resto hasta los 30 años, algunos libros mencionan mayor incidencia en mujeres adultas respecto a los varones o en hombres jóvenes niños y adolescentes. (2).

En cuadros graves, este trastorno es muy discapacitante y debidamente caracterizados como un ejemplo de enfermedad mental grave y persistente.

En sus orígenes se diagnosticaba más en hombres que en mujeres ya que en este segundo grupo al verse acompañado de sintomatología afectiva ansiosa se diagnosticaba muchas veces como neurosis o depresiones, incluso hipomanías.

Dentro de las Comorbilidades más frecuentemente asociadas a este trastorno están a la cabeza el trastorno depresivo, fobia social, fobia simple en menor grado, hipocondriasis y en última instancia raras ocasiones la esquizofrenia pues las ideas obsesivas se vuelven casi delirantes o las ideas delirantes generan ideas obsesivoides.

Previamente las personas con este trastorno pasaban desapercibidas al no consultar, al no poder aceptar que sus propias ideas les están causando tan grande malestar, es por esto que el diagnóstico se hacía hasta que ya el trastorno era crónico en edades tardías.

Desde el inicio de sus investigaciones el trastorno se describía según el autor del estudio con puntos de vista que iban desde lo mágico hasta lo más reciente apoyado por la neuroquímica e imagenología funcional.

En nuestro país el arte de investigar es un tema olvidado, los estudios realizados si bien son de gran significancia preventiva, clínica o terapéutica, son subestimados por nosotros mismos haciendo de estos datos tesoros ocultos para algunos voluntariamente y para otros por falta de conocimiento.

El presente estudio pretende brindar una visión nacional de las características demográficas más frecuentemente observadas en el trastorno obsesivo compulsivo en consultantes de ambos sexos que consultan en el hospital de psiquiatría de El Salvador, sirviendo de plataforma para futuras investigaciones relacionados a la situación sociocultural y características especiales de cada sexo, pudiendo así dibujar nuestro propio perfil psicopatológico y demográfico para una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo que consultan en el Hospital Nacional Psiquiátrico de El Salvador en el periodo comprendido entre febrero y julio del 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Determinar el género y grupo étnico que más frecuentemente se diagnostica con trastorno obsesivo compulsivo.
- ◆ Especificar el tipo de obsesión y compulsión predominante.
- ◆ Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
- ◆ Clasificar según la gravedad al trastorno obsesivo compulsivo utilizando la escala de Yale Brown.
- ◆ Precisar los tratamientos farmacológicos de mayor uso en TOC.

III. MARCO TEORICO

El trastorno obsesivo compulsivo requiere la presencia de obsesiones y compulsiones que son fuente significativa de estrés o mal funcionamiento en las personas y que no se deben a otra enfermedad mental. Dichas obsesiones deben causar marcada ansiedad, consumir más de una hora al día o interferir con la rutina diaria o funcionamiento social de las personas, además las personas reconocen que sus obsesiones o compulsiones son excesivamente irracionales.(1)

Las obsesiones se definen a sí mismas como pensamientos, imágenes o impulsos, persistentes o recurrentes que se experimentan como intrusivos o inapropiados y suelen ser de naturaleza agresiva, sexual, religiosa, desagradable o absurda. Las ideas obsesivas son pensamientos repetitivos que interrumpen el curso normal del pensamiento, mientras que las imágenes obsesivas son experiencias visuales normalmente muy vívidas (1)

También se hace referencia a ideas parásitas, no deseadas que, reconocidas como extrañas por el sujeto, irrumpen de forma repetitiva y persistente en la conciencia provocando intenso malestar. (5)

Compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona siente la necesidad de realizar en respuesta a una obsesión o para cumplir reglas rígidas. (1)

Así, aunque su inclusión dentro de las neurosis ha sido la tendencia más generalizada, su pertenencia a las psicosis, trastornos afectivos o, finalmente, su consideración como una entidad independiente, han sido también

1. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition. 2000

5. Salvador Cervera, Valentín Conde, Manual del residente de psiquiatría, en línea, 1 era edición, 2002, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/area1.htm, consulta 15 de febrero del 2010.

defendidas. Los sistemas de clasificación más actuales son el CIE-10 y el DSM-IV en la presente investigación se tomaran en cuenta los criterios de clasificación del CIE 10. (5)

Los fenómenos obsesivos pueden girar en torno a múltiples contenidos temáticos, generalmente de carácter negativo. (5)

El trastorno obsesivo compulsivo se puede dividir en tres grupos de acuerdo a los síntomas manifestados. El primero son pacientes con obsesiones sobre la limpieza y la contaminación cuyos rituales giran en torno al lavado compulsivo y la evitación de objetos contaminados. El segundo grupo son pacientes que cuentan patológicamente y que realizan comprobaciones compulsivas. Y el tercer grupo son aquellos pacientes obsesivos puros que no presentan compulsiones. Otros pacientes, a los que se denomina acumuladores, son incapaces de tirar nada por el temor de que algún día puedan necesitar alguna de esas cosas. (2)

En la mayoría de los casos las ideas obsesivas se acompañan de compulsiones o rituales, actos también considerados absurdos a los que el paciente, a pesar de intentarlo, no puede sustraerse. El tipo de ritual depende en general de la idea que lo precede. Así, las ideas de contaminación suelen generar lavados de manos, ropa u objetos del hogar; las dudas, múltiples maniobras de comprobación, etc. En ocasiones, sin embargo, se encuentran impregnados de un gran componente mágico, sin relación aparente con las obsesiones. Caminar sin pisar las líneas divisorias de las baldosas u ordenar de forma ceremoniosa determinados objetos para evitar supuestos peligros.

2. Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbott. Tratado de psiquiatría. Washington d.c. masson s.a. tercera edición. 2000

⁵. Salvador Cervera, Valentín Conde, Manual del residente de psiquiatría, en línea, 1 era edición, 2002, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/area1.htm, consulta 15 de febrero del 2010.

Un ritual compulsivo es una conducta que disminuye el malestar del paciente, pero que se lleva a cabo bajo una sensación de presión y de forma rígida. Aunque la mayoría de los rituales producen un enlentecimiento, éste es la característica *principal* del raro e incapacitante síndrome de la lentitud obsesiva primaria. (2)

Además, las obsesiones y compulsiones producen en el sujeto que las sufre una intensa sensación de ansiedad, aumentada por los intentos infructuosos de resistencia frente a ellas y por las interferencias que provocan sobre el pensamiento y los actos voluntarios. La presencia de síntomas de la esfera depresiva, consecuencia de la cronicidad y del desajuste que causan en la vida del sujeto, son también frecuentes. (5)

El trastorno obsesivo compulsivo se clasifica el trastorno obsesivo-compulsivo entre los trastornos de ansiedad debido a que: 1) la ansiedad suele asociarse a las obsesiones y a la resistencia a las compulsiones, 2) la ansiedad o la tensión suelen aliviarse inmediatamente si se realizan las compulsiones, y 3) el trastorno acostumbra a presentarse en asociación con otros trastornos de ansiedad.

Los síndromes obsesivos más frecuentes son:

- Obsesión de contaminación con compulsiones de lavado (50%).
- Obsesión de duda con compulsiones de comprobación (25%).
- Pensamientos intrusivos sin compulsiones aparentes (15%).

2. Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbott. **Tratado de psiquiatría.** Washington d.c. masson s.a. tercera edición. 2000

3. **Mini manual CTO, 6ta edición, de psiquiatría.**
www.onecaribbean.org/content/files/CTOGuide, fecha de consulta 3 de marzo del 2010

5. **Salvador Cervera, Valentín Conde, Manual del residente de psiquiatría, en línea, 1 era edición, 2002,** www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/area1.htm, consulta 15 de febrero del 2010.

- Lenificación obsesiva sin resistencia a los rituales y sin ansiedad (10%). (3)
- Gran parte del pensamiento obsesivo consiste en ideas espantosas. La persona puede pensar en hacer la peor cosa posible (p. ej., blasfemar, violar, asesinar, abusar de un niño). Las convicciones obsesivas se caracterizan por un elemento de pensamiento mágico, como que «pisar una parte determinada del suelo provocará que mamá se rompa la espalda». Las rumiaciones obsesivas se caracterizan por pensamientos prolongados, excesivos e inconclusos sobre cuestiones metafísicas. Los temores obsesivos se suelen relacionar con la suciedad o la contaminación y se diferencian de las fobias en que siguen presentes en ausencia del estímulo fóbico.

La *resistencia* consiste en una lucha contra un impulso o un pensamiento intruso, mientras que el *control* es la capacidad del paciente para desviar sus pensamientos o impulsos intrusivos. (2)

Epidemiología:

⁴La edad media de inicio de este trastorno es a mediados de los 20 e inicios de los 30 años de edad. (1)

Su inicio suele ser insidioso. Afecta aproximadamente al 2% de la población general, sin diferencias entre sexos, iniciándose en la adolescencia o la

-
1. **Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition. 2000**
 2. **Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbott. Tratado de psiquiatría. Washington d.c. masson s.a. tercera edición. 2000**
 3. **Mini manual CTO, 6ta edición, de psiquiatría.**

www.onecaribbean.org/content/files/CTOGuide, fecha de consulta 3 de marzo del 2010

juventud (inicio más precoz en varones (6-15 años) que en mujeres, en las que se inicia entre los 20 y 29 años). Se da más en solteros que en casados. (3)

La prevalencia de TOC en niños y adolescentes es de alrededor del 1%, y en recientes estudios epidemiológicos se describe que a lo largo de la vida es del 2%. Aunque la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos durante la adolescencia es mayor, sólo un pequeño porcentaje las describe como angustiosas. (4)

Durante la infancia es más frecuente en varones y a lo largo de la vida adulta se iguala. La literatura describe que pocos adolescentes reciben un diagnóstico correcto y aún menos, un tratamiento adecuado. (4)

En el estudio ECA se encontró mayor prevalencia en mujeres adultas que en hombres datos que se repitieron en el Cross national collaborative study, a excepción de Múnich donde la prevalencia fue mayor en hombres. (1)

Comorbilidades:

Aunque puede presentarse de forma aislada, suele haber trastornos de personalidad previos, sobre todo de tipo obsesivo (30-70%). Se asocia a otros trastornos mentales, sobre todo depresión mayor y fobia social. Quizás sea más frecuente en clases altas o en personas de CI (cociente intelectual) elevado. (3)

Recientemente, la anorexia nerviosa y diferentes trastornos psiquiátricos que tienen la impulsividad como nexo común: ludopatía, tricotilomanía, adicción a drogas, etc., han sido relacionados con el TOC, siendo considerados como enfermedades del espectro obsesivo.

1. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition. 2000

3. Mini manual CTO, 6ta edición, de psiquiatría.
www.onecaribbean.org/content/files/CTOGuide, fecha de consulta 3 de marzo del 2010

4. Paz González Rodríguez, Prudencio Rodríguez Ramos. Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. Centro de Salud Manzanares el Real

Dentro de los trastornos neurológicos se considera especialmente vinculada al TOC la enfermedad de Gilles de la Tourette, caracterizada por tics motores y vocales que según algunos autores serían clínicamente equivalentes a las compulsiones.

Curso y pronóstico

Se inicia generalmente de forma insidiosa y el curso suele ser crónico y progresivo, con fluctuaciones (3) la exacerbación de los síntomas que puede coincidir con situaciones estresantes. El progresivo deterioro socio-laboral se observa en el 15% de los pacientes. La presencia de síntomas leves, atípicos o de corta duración, inicio tardío, ausencia de rituales y personalidad premórbida bien adaptada, se consideran marcadores de buen pronóstico. (5)

FAVORABLES	DESFAVORABLES
Personalidad previa sana	Personalidad previa obsesiva
Inicio tras factores desencadenantes	Alteraciones neuróticas infantiles y educación rígida
Duración corta de la clínica antes de recibir tratamiento	Retraso en recibir tratamiento
Presentación atípica y ausencia de síntomas motores	Síntomas motores y formas monosintomáticas
Curso fásico o episódico con intensa carga afectiva acompañante	Gravedad clínica o necesidad de hospitalización

(3)

Teorías biológicas:

^{3.} Mini manual CTO, 6ta edición, de psiquiatría. www.onecaribbean.org/content/files/CTOGuide, fecha de consulta 3 de marzo del 2010

5. Salvador Cervera, Valentín Conde, Manual del residente de psiquiatría, en línea, 1 era edición, 2002, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/area1.htm, consulta 15 de febrero del 2010.

Con frecuencia existe un factor desencadenante (60%). Entre los hallazgos biológicos destaca la presencia de disfunción del lóbulo frontal (regiones orbito-mediales) y las alteraciones bioquímicas serotoninérgicas.

- Genética

La mayor frecuencia de enfermedad obsesivo-compulsiva en familiares de primer grado de pacientes con este trastorno (35%) y la mayor concordancia entre gemelos monozigóticos que dizigóticos, apoyan la participación de factores hereditarios en la génesis de la enfermedad. El modo de herencia y lo que en realidad se hereda son desconocidos hasta el momento.

- Neuroanatómica

La aparición de síntomas similares a los obsesivos en lesiones del sistema nervioso central, ha conectado diferentes alteraciones estructurales especialmente en ganglios de la base con la patología obsesiva. Estas observaciones iniciales han sido apoyadas por estudios recientes de neuroimagen. Así, un descenso bilateral del tamaño del núcleo caudado ha sido observado en la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) de pacientes con TOC. Por su parte, los estudios funcionales mediante PET y SPECT informan de hiperactividad en áreas frontales, ganglios basales (especialmente a nivel caudado) y cíngulo (5). Aunque se desconoce por el momento si estos hallazgos se deben primariamente a lesiones corticales, subcorticales o a las conexiones entre ambas áreas, se postula la implicación de las áreas prefrontales en la génesis de las obsesiones y del subcórteX en la aparición de compulsiones.

- Neuroquímica

La buena respuesta clínica al tratamiento con fármacos serotoninérgicos apoya la relación entre este neurotransmisor y el TOC. Los hallazgos de laboratorio que sustentan esta hipótesis, aun siendo numerosos, no han permitido detectar por el momento el nivel al que la disfunción se produce. Los déficits en la

síntesis o liberación de la serotonina, inicialmente considerados primarios, se suponen en la actualidad consecuencia de alteraciones en los receptores.

- Neuroendocrinológica

Las alteraciones neuroendocrinas más frecuentemente informadas son el aplanamiento de la GH y test de supresión de dexametasona (TSD) anormales. Su naturaleza primaria, o secundaria a la depresión que suele acompañar a estos trastornos, es actualmente motivo de discusión.

- Neurofisiológica

Hiperactividad vegetativa, alteraciones en el patrón de sueño, electroencefalográficas y de la latencia y amplitud de los potenciales evocados, han sido también descritos. Estos hallazgos, globalmente considerados, parecen sugerir una disfunción frontal del hemisferio dominante y anomalías en el procesamiento de la información.

Teorías cibernéticas:

Los modelos cibernéticos, defendidos entre otros por Montserrat-Esteve y Pitman, consideran las alteraciones en el procesamiento de la información como la causa fundamental de las manifestaciones obsesivas. Este déficit sería el resultado de tres procesos básicos:

- Captación errónea de las señales externas
- Comparación deficiente de la información externa y los patrones internos de referencia
- Fallos en la conmutación (alteración en el inicio y finalización de la conducta).

5. Salvador Cervera, Valentín Conde, **Manual del residente de psiquiatría, en línea, 1 era edición, 2002**, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/area1.htm, consulta 15 de febrero del 2010.

Teorías psicodinámicas

El trastorno obsesivo es una de las patologías más estudiadas desde la vertiente clínica del psicoanálisis, siendo concebido por Freud como el producto de una regresión de la libido del estadio edípico al sádico-anal. Los síntomas, según este modelo, serían una solución de compromiso entre las pulsiones del súper-yo y las excesivas defensas que el yo utiliza para hacerles frente.

La teoría psicoanalítica propone como mecanismos de defensa la formación reactiva, la anulación y el aislamiento, atribuyendo el trastorno a una regresión a la

Fase anal-sádica del desarrollo psicosexual. Pierre Janet describió como típica de estos pacientes la “psicastenia”, una pérdida de la tensión psíquica, de la sensación de seguridad en la realidad, con necesidad de verificación constante de los actos (3)

Teorías cognitivas

Según las teorías cognitivas, los síntomas obsesivos proceden del temor y la incapacidad de afrontamiento surgidos ante una valoración inadecuada de la realidad basada en creencias erróneas y patrones irracionales de pensamiento. Las compulsiones, por su parte, aparecerían en un intento de aliviar la ansiedad generada por esta visión amenazante de la existencia

Teorías conductuales

Las teorías conductistas aplican los modelos de aprendizaje clásico y operante al TOC. Estímulos inicialmente neutros (condicionados), al asociarse temporalmente a estímulos ansiógenos (condicionantes), adquieren las

3. Mini manual CTO, 6ta edición, de psiquiatría. www.onecaribbean.org/content/files/CTOGuide, fecha de consulta 3 de marzo del 2010

5. Salvador Cervera, Valentín Conde, Manual del residente de psiquiatría, en línea, 1 era edición, 2002, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/area1.htm, consulta 15 de febrero del 2010.

mismas propiedades aversivas que ellos. Posteriormente, el sujeto aprende a paliar la ansiedad provocada por los estímulos condicionados dando lugar a conductas de evitación. (5)

DIAGNOSTICO

A pesar de que el trastorno obsesivo-compulsivo se asocia con diversos marcadores biológicos y neuropsiquiátricos, su diagnóstico sigue basándose en el examen psiquiátrico y en la historia clínica.

Aunque puede existir comorbilidad con todos los demás trastornos del Eje I, los síntomas no pueden ser secundarios a otro trastorno.

El diagnóstico suele ser claro, pero algunas veces puede resultar difícil distinguirlo de la depresión, las psicosis, las fobias o el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva grave.

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)

Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) son reconocidos como pensamientos o impulsos propios
- b) se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista
- c) la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido) y
- d) los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Puede dividirse según sus características en:

F42.0 con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos

F42.1 con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

F42.2 con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación (6)

DIFERENCIAL

Ideas obsesivas

Ideas reiterativas, similares en algunos puntos con las obsesiones primarias, pueden observarse en estados normales y en entidades diferentes al TOC y exigen por tanto un adecuado diagnóstico diferencial.

- Ideas fijas. Son ideas constantes e intensas, relacionadas con preocupaciones reales del sujeto que, a diferencia de las verdaderas obsesiones, no se vivencian como extrañas o patológicas.

- Ideas sobrevaloradas. Surgen en situaciones de carga afectiva intensa y se vinculan con la biografía del sujeto. Igual que las ideas fijas, no son extrañas al yo y generalmente no requieren tratamiento.

- Fobias. Se trata en general de temores concretos y circunscritos, acompañados de intensa ansiedad a veces iniciadas con crisis de angustia, a las que el sujeto responde con conductas de evitación eficaces. En ausencia del estímulo fóbico, el paciente permanece asintomático. En contraposición, en las fobias obsesivas, más complejas, los temores están impregnados del pensamiento mágico obsesivo y dan lugar a rituales que desde el punto de vista lógico no guardan relación con el temor.

Además, su extensión progresiva de unos objetos a otros, convierte en ineficaces las conductas de evitación y condiciona su peor pronóstico.

Compulsiones

6. Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades 1989 CIE-10. www.ahima.org/icd10/, fecha de consulta 25 de febrero del 2010

Los rituales obsesivos deben ser diferenciados de las impulsiones, actos motores reiterativos que, a diferencia de las compulsiones, se realizan de forma automática, sin ir precedidos de duda y sin resistencia por parte del paciente.

Fenómenos similares a los obsesivos pueden observarse en el curso de enfermedades neurológicas y trastornos psiquiátricos diferentes al TOC. Dado su carácter secundario se aconseja que estos síntomas se designen como "obsesivoides", aunque psicopatológicamente puedan ser superponibles a los obsesivos. La presencia de otros síntomas asociados, la historia previa, el curso evolutivo y la respuesta terapéutica permitirán, en estos casos, discernir entre los diferentes trastornos.

Trastornos neurológicos

Pensamientos reiterativos y movimientos estereotipados (impulsiones más que verdaderas compulsiones) han sido descritas en múltiples trastornos neurológicos: tumores, encefalitis, epilepsia, corea, enfermedad de Gilles de la Tourette, demencia, traumatismos, etc. La resistencia frente a los actos o ideas persistentes, central en el enfermo obsesivo, se halla generalmente ausente en estos casos.

Trastornos psiquiátricos

Dentro del campo psiquiátrico, el TOC ha sido también vinculado con numerosos trastornos:

- *Depresión.* La presencia de síntomas similares a los obsesivos en muchos cuadros melancólicos (depresión anancástica) y la frecuente contaminación de los TOC con síntomas depresivos avalan la relación entre ambas entidades.

Las características clínicas de la depresión endógena: inicio en edad adulta, curso episódico, ritmicidad diurna y estacional, tristeza vital, delirios de contenido melancólico, etc., al configurar un trastorno claramente diferenciado

del obsesivo, parecen suficientes para evitar confusiones diagnósticas y para considerarlos trastornos independientes.

Los estudios biológicos ofrecen, sin embargo, ciertos hallazgos comunes: hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, disminución de la latencia REM, TSD anormales, etc. Se desconoce, por el momento, si estas similitudes responden a la contaminación de los TOC con cuadros depresivos o, por el contrario, reflejan mecanismos etiopatogénicos similares.

·*Esquizofrenia*. Las complejas relaciones entre psicosis y obsesiones pueden concretarse en tres aspectos:

Presencia de síntomas obsesivoides en el curso de una esquizofrenia. La pobreza de la ideación, la poca conciencia de absurdidad y lucha secundaria y su asociación con síntomas propios de las psicosis (alucinaciones, otras alteraciones del curso o contenido del pensamiento, etc.) suelen permitir diferenciar la esquizofrenia del TOC.

Psicosis obsesiva. Comprende un subgrupo de pacientes obsesivos que, por su gravedad (progresiva identificación con la idea obsesiva y gran interferencia con sus actividades habituales) difieren de los casos típicos, incluidos clásicamente dentro de la neurosis obsesiva.

Evolución del TOC a psicosis. Este hecho, observado hasta en un 3% de los casos, plantea dos posibilidades explicativas: la transformación de cuadros obsesivos genuinos en psicóticos y el diagnóstico erróneo de TOC en esquizofrenias iniciales o atípicas.

· Otros: fobias, hipocondría, histeria, etc. (3)

**Tabla 5. Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo
(MIR 05-06, 163).**

- Trastornos por tics (Tourette).
- Trastornos del control de los impulsos (juego patológico/ludopatía, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía, trastorno explosivo intermitente).
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Algunos trastornos somatomorfos (hipocondría, dismorfofobia).
- Algunos trastornos de la personalidad (esquizotípico, límite).
- Algunas formas de toxicomanía.
- Algunas parafilias.
- Algunos trastornos generalizados del desarrollo (Asperger, autismo atípico).

TRATAMIENTO.

Precisa de la combinación de:

- *Fármacos antidepressivos* con acción serotoninérgica clomipramina, ISRS; mejoran sobre todo las ideas obsesivas.

Por la tendencia a la cronicidad exige mantener el tratamiento de manera prolongada y alcanzar dosis elevadas.

- *Psicoterapia* (técnicas conductuales como la exposición con prevención de respuesta, la intención paradójica); se desaconsejan las terapias dinámicas. Mejora principalmente las compulsiones.

Usados conjuntamente, la eficacia es de hasta el 75%.

Se reserva la psicocirugía (cingulotomía, capsulotomía bilateral anterior, tractotomía subcaudada) para casos refractarios a los tratamientos y con intensa angustia. (3)

V. DISEÑO METODOLOGICO

1. AREA DE ESTUDIO:

Hospital Nacional de Psiquiatría de El Salvador

2. PERIODO:

De febrero a julio del 2011

3. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación que se llevara a cabo es de tipo Descriptivo de Corte Transversal.

4. UNIVERSO y MUESTRA

Se tomaron en cuenta todas las personas mayores de 12 años que consultaron en el hospital de psiquiatría a quienes por primera vez se les diagnosticó trastorno obsesivo compulsivo y a aquellos que ya tenían el diagnóstico en el periodo de estudio en un total de 148.

Muestra: 108 personas.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 12 años
- Que consulte a la emergencia del hospital de psiquiatría, en consulta externa o en pabellón de hospitalización
- Que acepten ser parte del estudio
- Que tengan diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo
- Que cumplan criterios del diagnóstico según el CIE 10

Criterios de exclusión:

- 10 personas que no acepten participar en el estudio

- 6 personas que no se lograron contactar para la entrevista
- 24 que no cumplieron criterios del CIE10 para TOC

5. INSTRUMENTO:

- Escala de severidad de Yale-Brown para trastorno obsesivo compulsivo.
- Ficha de captura de datos.

6. FUENTE DE INFORMACIÓN:

Primaria: Paciente y/o familiar o acompañante.

Secundaria: Expediente clínico.

7. VARIABLES

- Independientes

Obj. Esp. 1 genero y grupo etareo que predomina

Obj. Esp. 2 . obsesión y compulsión predominante

Obj. Esp. 3 características sociodemográficas

Obj. Esp. 4 Gravedad del TOC

Obj. Esp. 5 tratamientos farmacológicos en TOC

- Dependiente

Trastorno obsesivo compulsivo.

Cruce de variables

INDEPENDIENTES X	DEPENDIENTES Y
	Trastorno obsesivo compulsivo
Genero y grupo etáreo	Trastorno obsesivo compulsivo
Tipo de obsesión y compulsión	Trastorno obsesivo compulsivo
Características sociodemográficas	Trastorno obsesivo compulsivo
Gravedad del trastorno	Trastorno obsesivo compulsivo
Tratamiento farmacológico	Trastorno obsesivo compulsivo

OPERATIVIZACION DE VARIABLES

Objetivo	Variable independiente	Variable dependiente	Indicador	Fuente	Técnica	Instrumento
Objetivo específico 1	Genero y Grupo étnico	Trastorno obsesivo compulsivo	Número de casos encontrados por genero	Respuesta de paciente	Entrevistas	Hoja de captura de datos
			Número de casos encontrados por grupo étnico	Expediente clínico		
				Expediente clínico		
Objetivo específico 2	Tipo de obsesión y compulsión predominante	Trastorno Obsesivo compulsivo	Clasificación: Contaminación-limpieza Duda-comprobación Acumuladores Ideas de impulso	Respuesta de paciente	Entrevista	Ficha de captura de datos
				Expediente clínico		
Objetivo específico 3	Características sociodemográficas	compulsivo	Escolaridad Estado civil Religión Procedencia ocupacion	Expediente clínico Respuesta directa del paciente	Entrevista	Ficha de captura de datos
Objetivo específico 4	Gravedad del TOC		Subclínico Leve Moderado Severo	Respuestas del paciente	entrevista	Escala de Yale Brown para TOC

			extremo			
Objetivo específico 5	Tratamiento farmacológico		Clomipramina ISRS ADT combinación	Expediente clínico Respuesta de paciente	entrevista	Ficha de captura de datos

VI. RESULTADOS

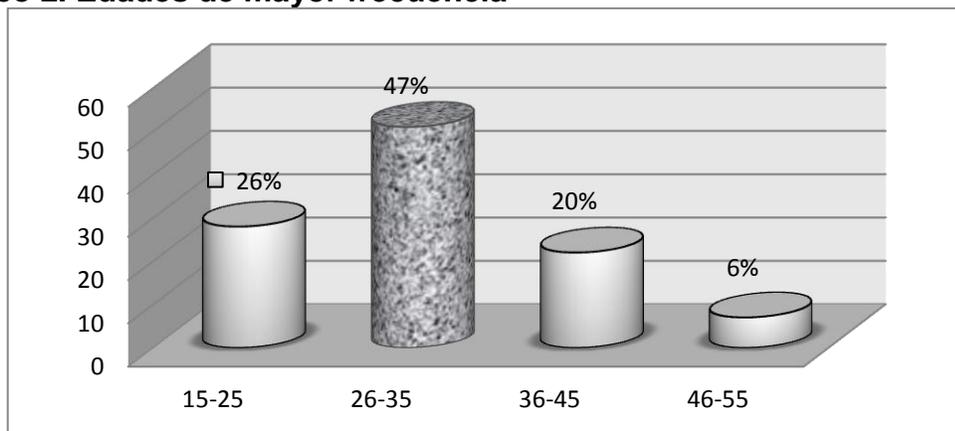
Grafico 1 frecuencia de TOC según género



Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 1

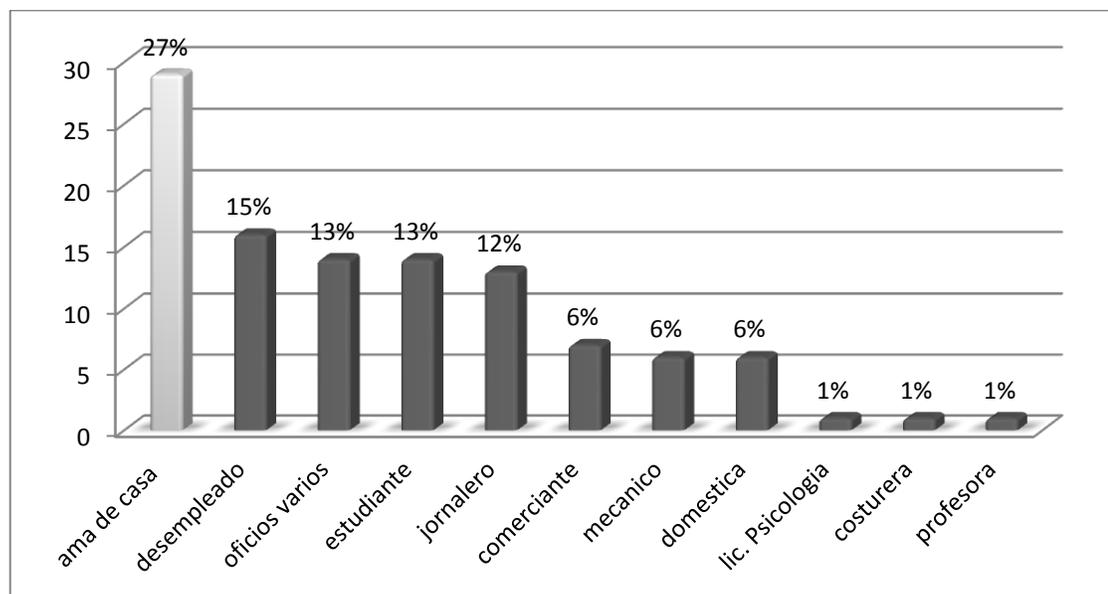
Del total de la población estudiada el 56% corresponde a personas del sexo masculino y el 44% al sexo femenino.

Grafico 2. Edades de mayor frecuencia



Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 2.

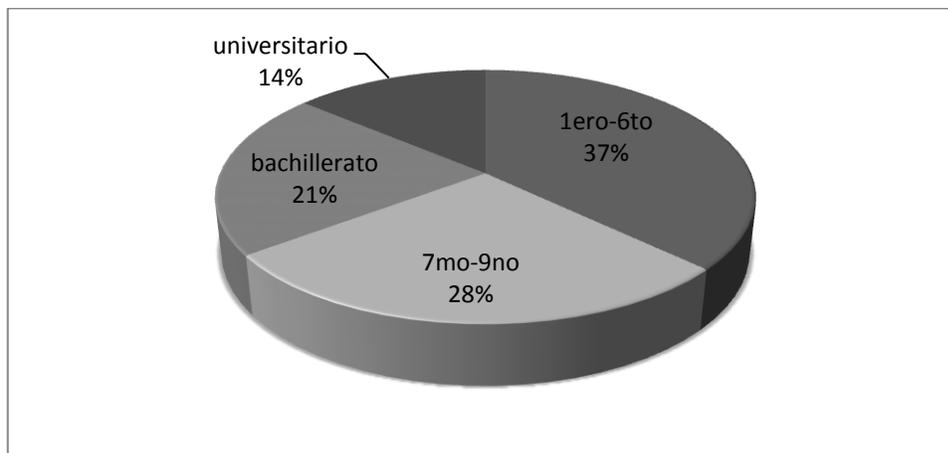
De las ciento ocho personas en estudio 47% se encontraban en las edades de 26 a 35 años, 26% entre 15 a 25 años, 20% de 36 a 45 años y el 7% de 46 a 55 años.

Grafico 3. Ocupacion

Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 3.

La ocupación más frecuente en mujeres fue de amas de casa 27% de la muestra total, 6% empleada domestica, 1% costurera y maestra y psicóloga, y de hombres se observa que la mayoría estaban desempleados 15% del total, otros se dedicaban a oficios varios 13%, estudiante 13%, jornalero 12% y comerciante 6% y 6% se dedicaban a la mecánica automotriz una minoría a psicología, costurera, profesor.

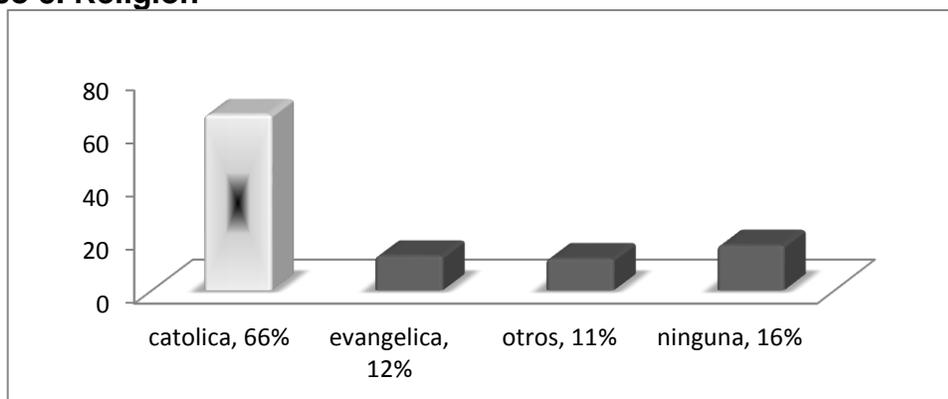
Grafico 4. Escolaridad



Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 4.

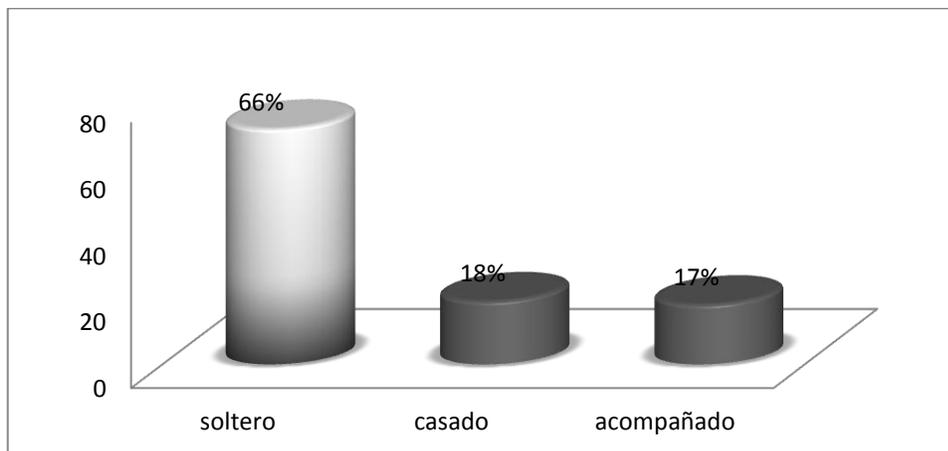
La población total había cursado por lo menos hasta primer grado, el 37% de 1ero a 6to en su mayoría mujeres, el 28% de 7mo a 9no, el 21% hasta bachillerato, y el 14% se había iniciado o finalizado estudios universitarios.

Grafico 5. Religión



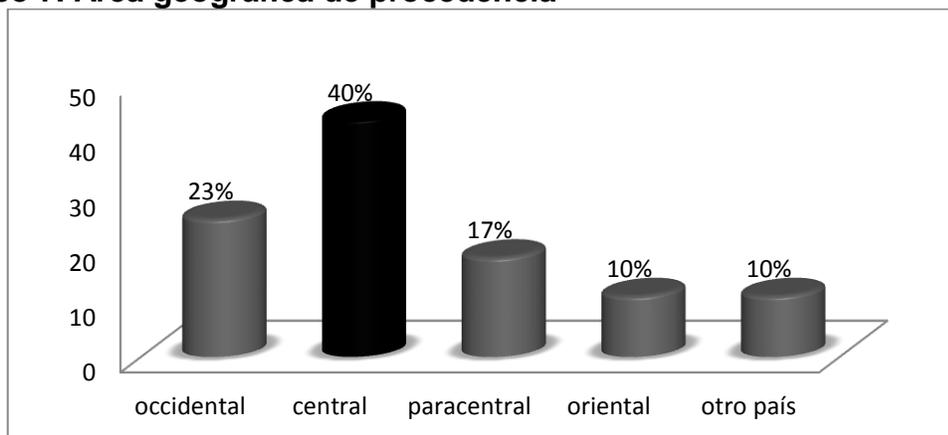
Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 5.

El 84% de la población pertenecían a alguna religión, 66% a la católica, el 12% a la evangélica y el 11% a otras religiones y el 16% no profesaban religión.

Grafico 6. Estado civil

Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 6.

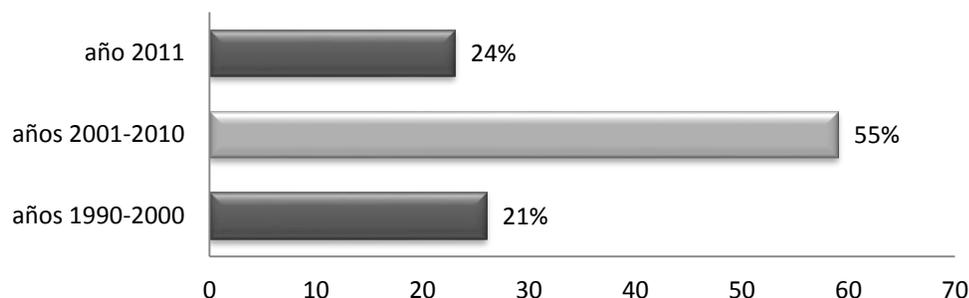
El 66% de la población se encontraban solteros, el 18% casados, y el 17% acompañados.

Grafico 7. Área geográfica de procedencia

Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 7.

Las áreas geográficas que se observaron con mayor frecuencia fueron el área central con 40%, seguida de la zona occidental con 23%, el 17% paracentral y el resto por igual entre zona oriental y de otros países 10% respectivamente.

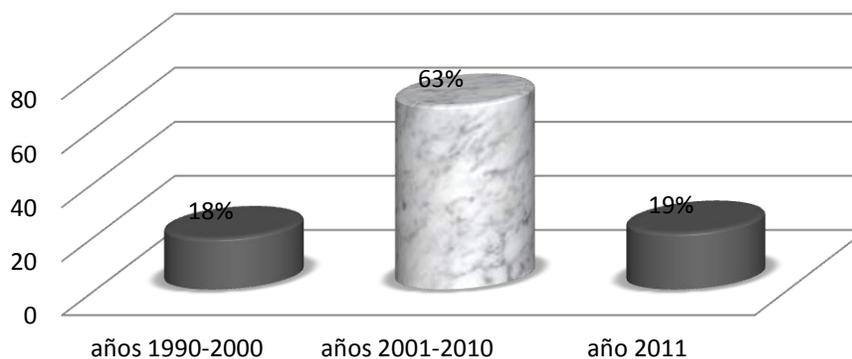
Grafico 8. Consulta por primera vez



Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 8.

Observamos que el 55% de la población consulto por primera vez en la década del 2000, el 24% en la década de los 90's y un 21% en la primera mitad del presente año, mostrando un marcado aumento de la consulta por este trastorno.

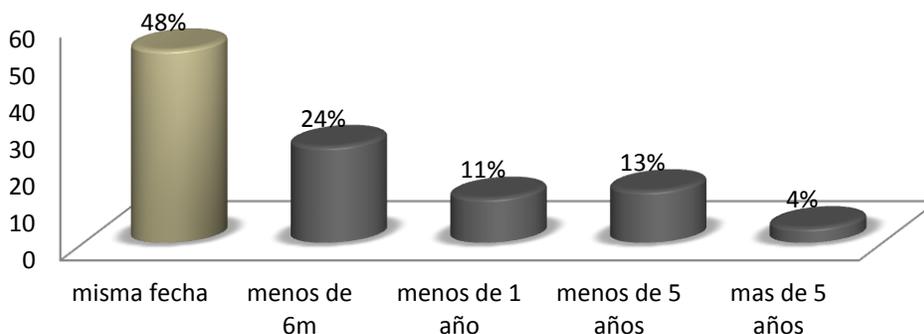
Grafico 9. Primer diagnostico de TOC



Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 9.

De la población en estudio un 63% fueron diagnosticados entre el año 2001 y 2010, el 19% en el año presente, y el 18% entre 1990 y el 2000.

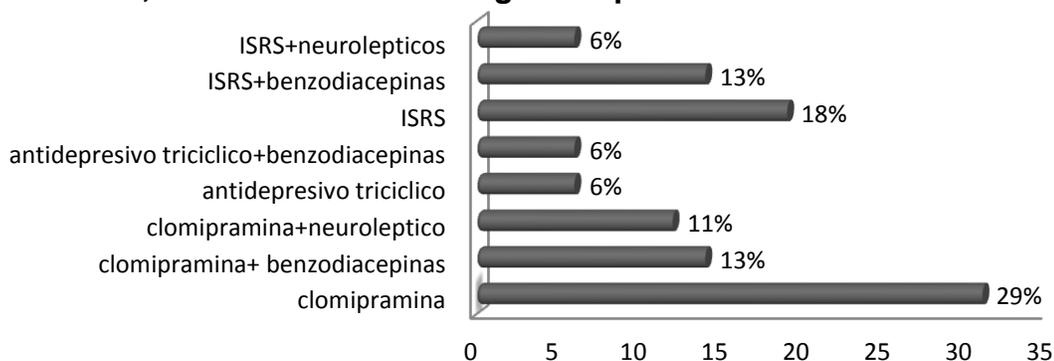
Grafico 10. Tiempo entre primera consulta y diagnostico de TOC



Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 9.

Se encontró que la mayoría de los pacientes se diagnosticaron en su primera consulta psiquiátrica en el área de estudio el 48%, el 24% en los primeros seis meses, el 11% en el primer año, el 13% en menos de 5 años y el 4% después de los 5 años de la primera consulta.

Grafico 11, tratamiento farmacológico en primera consulta



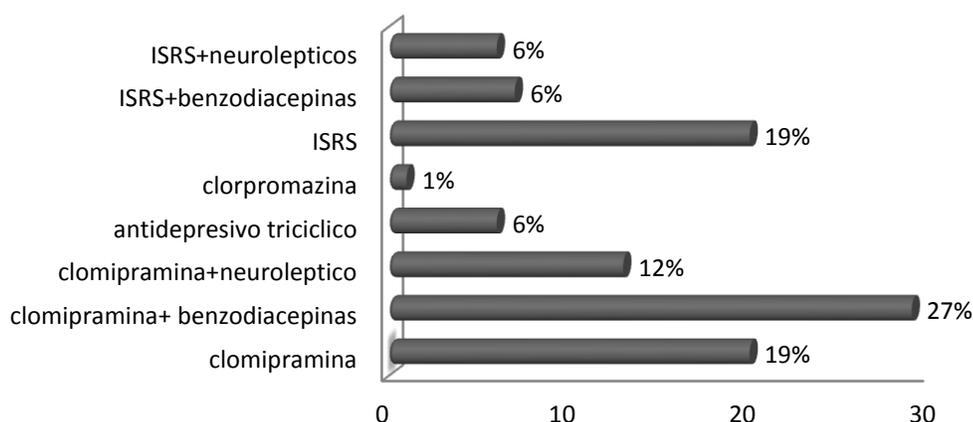
Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 10.

El 29% se trataron desde un inicio con clomipramina oral, seguido de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en un 18% y antidepresivos triciclicos en un 6% como monoterapia.

En el 32% se combinó el tratamiento con una benzodiacepina, 13% con clomipramina, otro 13% se combinó con ISRS y un 6% se combinó con antidepresivo tricíclicos.

En el 17% se combinó con un neuroléptico, 11% se combinó con clomipramina y el 6% con ISRS.

Grafico 12. Tratamiento farmacológico actual



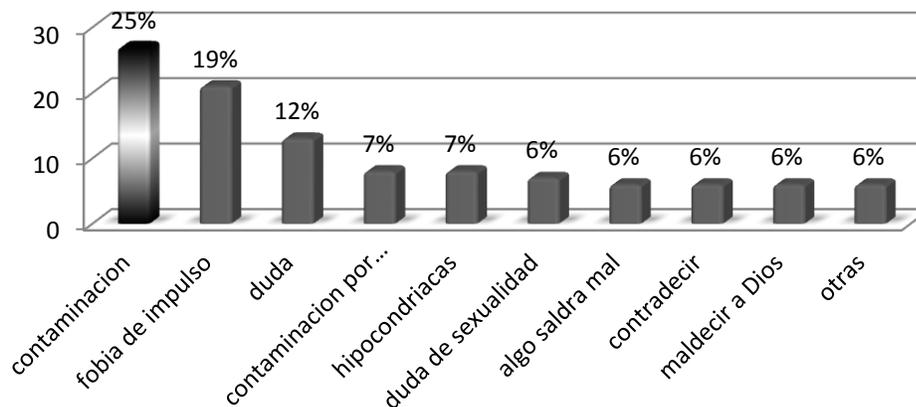
Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de El Salvador. Pregunta 11.

El tratamiento actual en su mayoría fue de la combinación de clomipramina con una benzodiacepina 27%, seguido de monoterapia con clomipramina con 19% e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina 19%.

Clomipramina más neuroleptico fue de 12%, ISRS más neuroleptico de 6%.

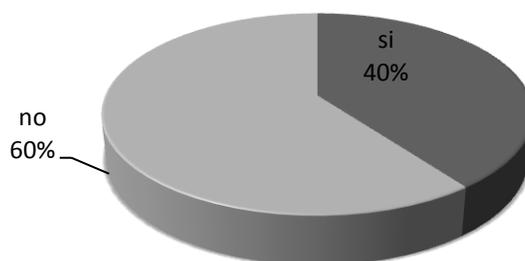
ISRS más benzodiacepina de 6%, otro 6% tratados con antidepresivos tricíclicos.

Un solo paciente está siendo tratado solamente con clorpromazina.

Grafico13. Tipos de idea predominantes

Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 12.

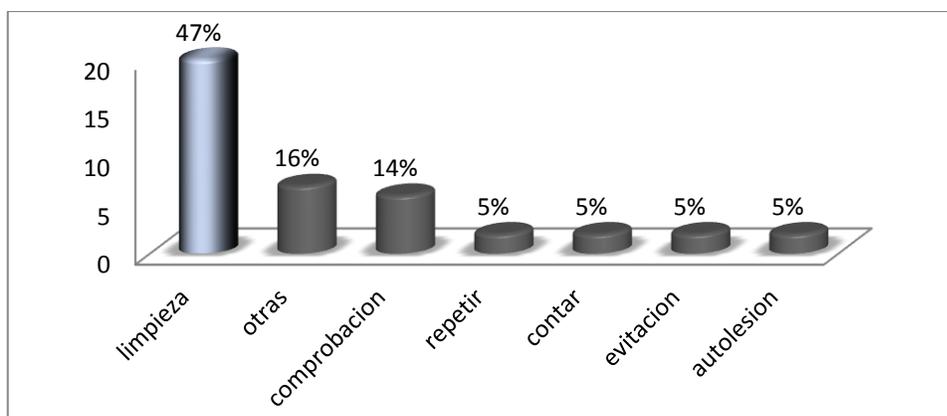
El tipo de idea obsesiva predominante en la población de ambos sexos correspondió a las de contaminación en un 25%, 19% fobias de impulso o temor de hacer daño, 12% fueron de duda, y el resto se dividió equitativamente en temor a padecer de alguna enfermedad, contar, contradecir, maldecir a Dios, duda de sexualidad (solo en hombres) idea de que algo saldrá mal y otras.

Grafico 14. Presentan compulsión

Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiátrico de el salvador. Pregunta 13.

Las compulsiones no se dieron en todos los pacientes, de ciento ocho el 60% no presentaban compulsión.

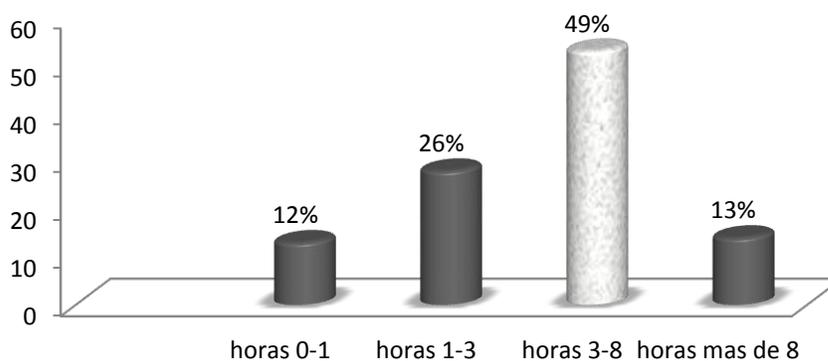
Grafico 15. Compulsiones encontradas



Fuente: hoja de captura de datos de pacientes mayores de 12 años que padecen trastorno obsesivo compulsivo consultantes del hospital nacional psiquiatrico de el salvador. Pregunta 14.

De los que se identifico la más frecuente para ambos sexos fue la compulsión de limpieza con 49%, seguida de otras compulsiones 17%, comprobación 14%, el resto puntuó igual en repetir, evitar y autolesión (solo en mujeres).

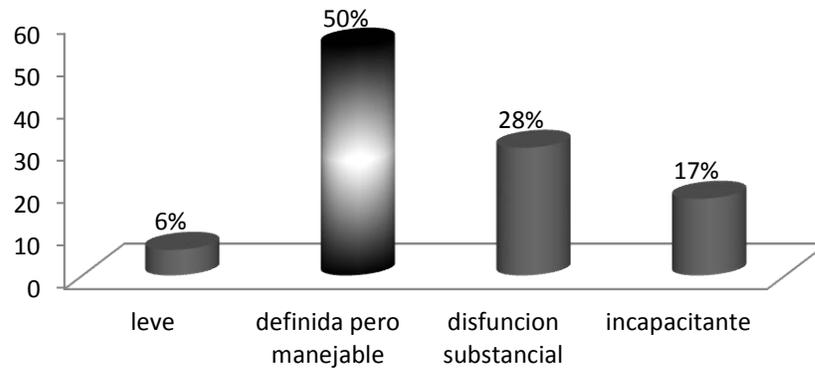
Grafico 16. Horas ocupadas en idea obsesiva



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 1

En la población en general se observó que el 49% ocupaban de 3 a 8 horas en la idea obsesiva, seguido de un 26% que ocupaban de 1-3 horas, 13% más de 8 horas y un 12% menos de una hora.

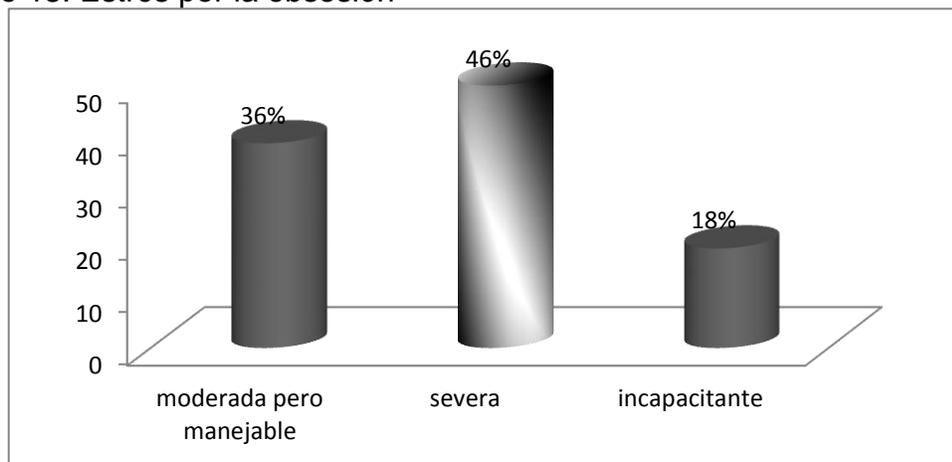
Grafico 17. Interferencia de la obsesión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 2.

Esta idea obsesiva interfería en la vida del 50% de la población quienes la percibían como definida pero manejable, un 28% como una disfunción substancial, 17% como incapacitante y un 6% como una interferencia leve.

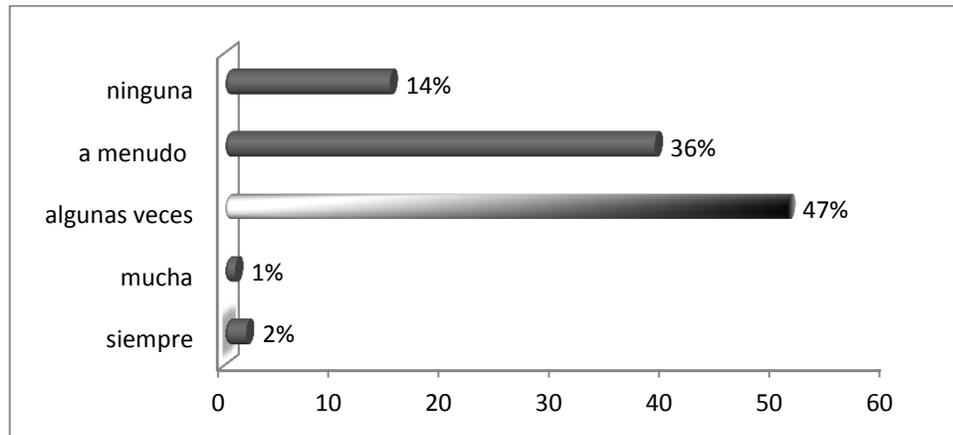
Grafico 18. Estrés por la obsesión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 3.

En el 46% causaba estrés severo, moderado pero manejable el 36% y un 18% lo consideraban incapacitante.

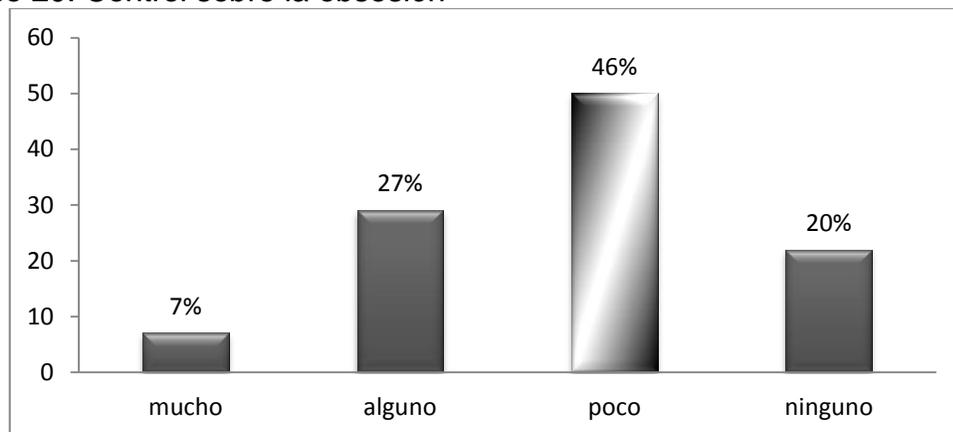
Grafico19. Resistencia a la obsesión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 4.

Referente a la resistencia hacia la idea obsesiva se encontró que un 47% se resistía algunas veces, el 36% se resistían a menudo, el 14% ya no ponían ninguna resistencia, el 1 y 2 % se oponían siempre o muchas veces respectivamente.

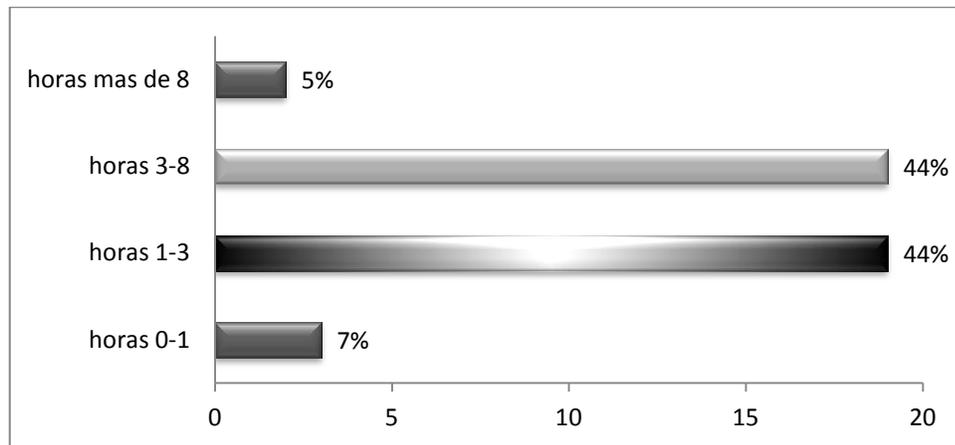
Grafico 20. Control sobre la obsesión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 5.

De la población total el 46% tenía poco control sobre la idea, el 27% tienen algún control, el 20% ninguno, el 7% mucho control.

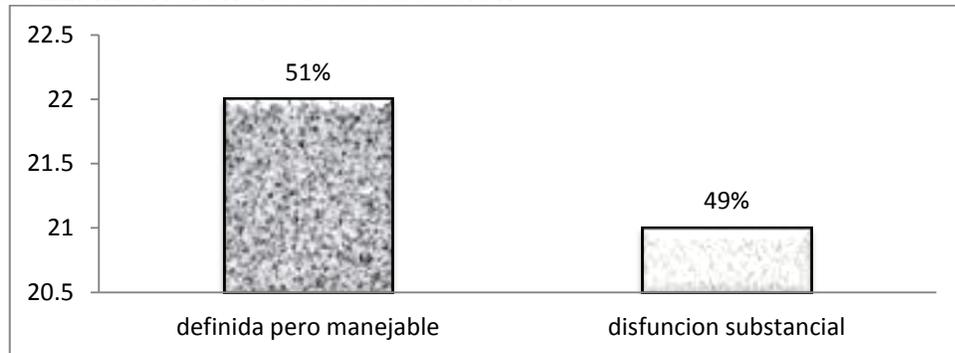
Grafico 21. Tiempo empleado en la compulsión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 6.

Respecto a la parte de la escala de Yale Brown que se refiere a las compulsiones el 40% de la población las presentaban, de estos el 88% ocupaban entre una y ocho horas en su compulsión, un 7% menos de una hora, 5% más de 8 horas.

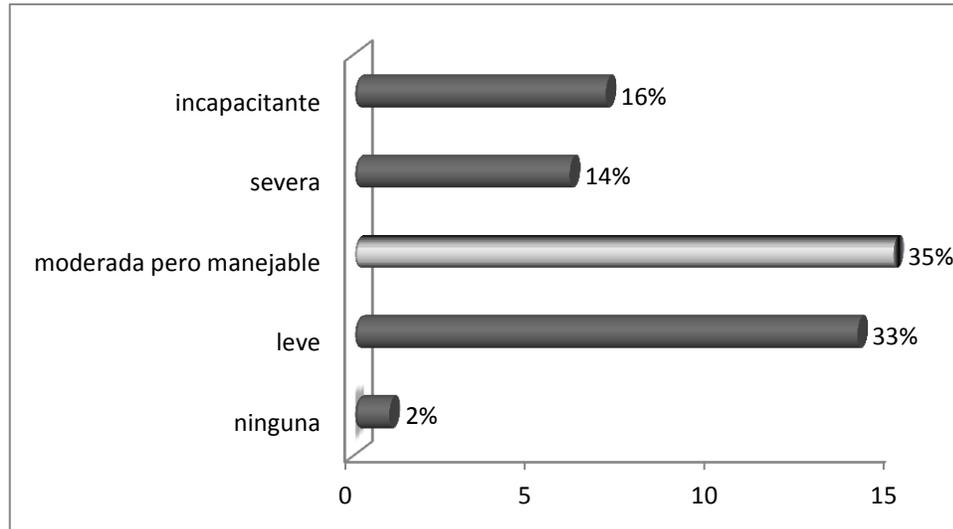
Grafico 22. Interferencia de la obsesión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 7.

El 51% la percibían como definida pero manejable y el resto como una disfunción substancial.

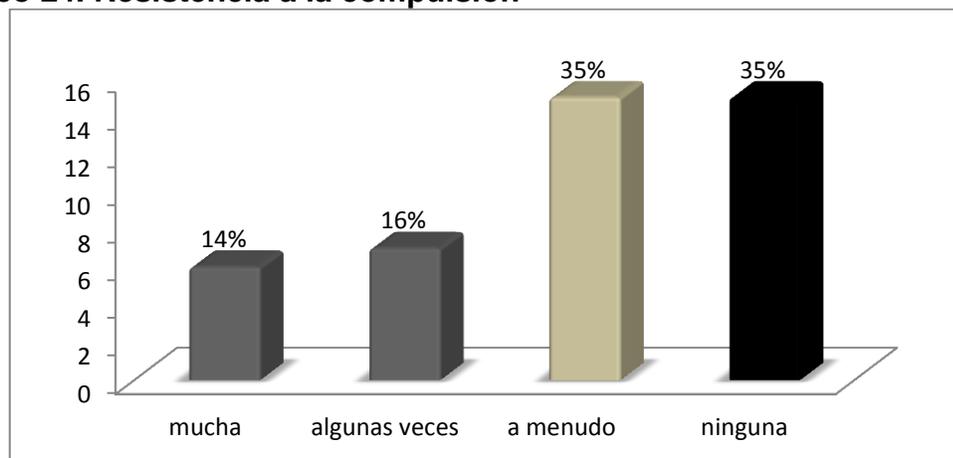
Grafico 23. Estrés causado por la compulsión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 8.

El estrés causado por la compulsión se consideraba como definido pero manejable en un 35%, seguido de leve 33%, incapacitante 16%, severo 14% y ningún estrés 2% en orden descendente.

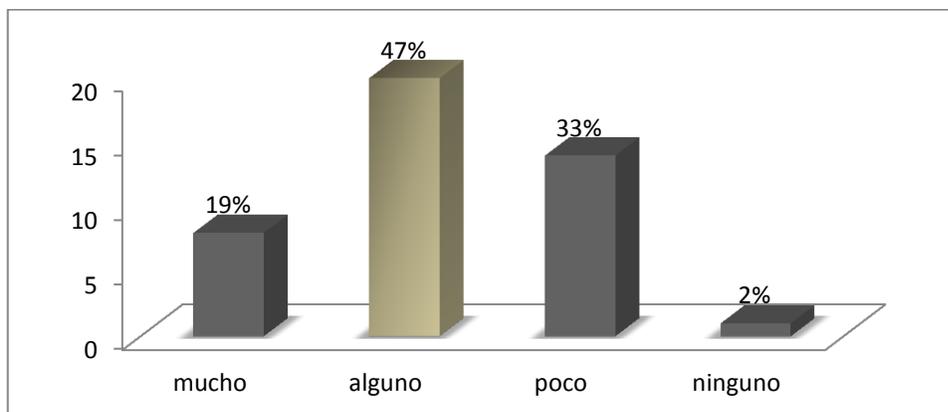
Grafico 24. Resistencia a la compulsión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 9.

La resistencia a la compulsión era en un 35% para ambos: a menudo o ninguna, en menor grado algunas veces con 16% y mucha resistencia con 14%.

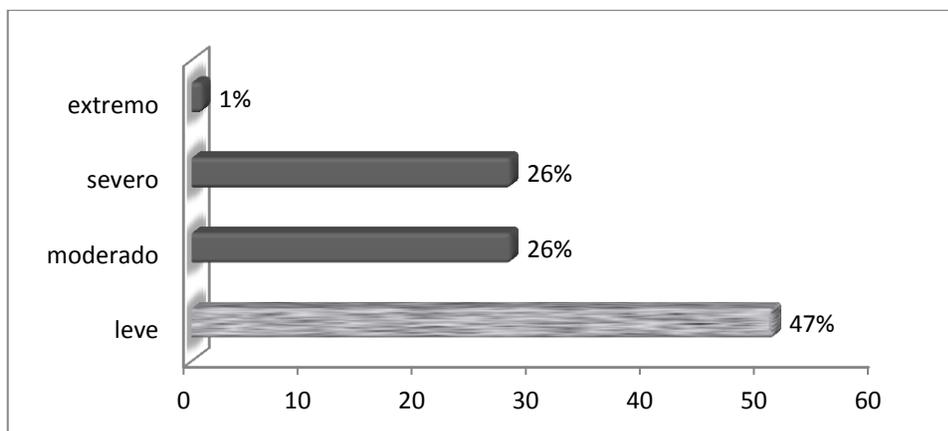
Grafico 25. Control de la compulsión



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 10.

El control observado en estas se concebía como algún control en el 47% de la población, seguido por el 33% con poco control, el 19% mucho control y el 2% ningún control.

Grafico 26. Puntaje total de la escala de Yale Brown



Fuente: escala de severidad de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo. Pregunta 11.

En cuanto a la puntuación obtenida en la escala de Yale Brown obtuvimos como era de esperarse mayor gravedad en los casos que presentaran compulsión.

El 47% de la población se clasificó como TOC leve, las categorías de moderado y severo fueron de 26% ambas y un 1% de TOC extremo.

VII. DISCUSION

En los datos obtenidos se encontraron muchas similitudes respecto a la teoría del trastorno obsesivo compulsivo.

En lo concerniente a ideas y compulsiones predominantes se observó que la idea obsesiva más frecuente fue la de contaminación que en la bibliografía es de un 50%, el porcentaje en la muestra fue de un 31% donde se englobó en general por suciedad y contaminación con VIH, de duda también se incluyó la duda sobre la sexualidad como idea obsesiva que fue de un 18% a comparación de un 25% descrito a nivel mundial, una gran parte la tomó la idea obsesiva de hacer daño sin la intención real o también llamada fobia de impulso en un 19% que podría entrar en ideas obsesivas sin compulsiones, al igual que maldecir a Dios, contradecir y la idea de que algo malo sucederá que provoca la compulsión de contar.

La compulsión más observada fue de limpieza, tal cual lo describe la bibliografía, es lógico pues la idea obsesiva más frecuente fue la de contaminación.

La edad de aparición es un dato no muy bien definido teóricamente ya que depende del origen étnico de donde sean colectados los datos, a nivel general se exponen edades que van de 20 a 30 años como la de mayor frecuencia, en la investigación se encontró que el TOC era más frecuentemente diagnosticado entre los 25 y 35 años.

La situación civil de soltería es otro dato que fue similar tanto en la teoría como en el presente estudio probablemente debido en parte a la edad adulta joven de aparición y en otros casos a cierta disfunción secundaria al trastorno.

La frecuencia diagnóstica ha ido incrementando con los años que como ya se había explicado anteriormente se debería a la falta de conocimiento de este trastorno en el tiempo pasado como datos concretos tenemos que en la década de los 90's se diagnosticaron solamente 19 casos de TOC mientras que en la

década del 2000 se diagnosticaron 69 casos y solo los primeros 6 meses del presente año se han diagnosticado 21 casos observando un notable aumento en el número de casos diagnosticados por año.

La frecuencia diagnóstica según el género que en este caso como en la literatura citada se encontraba mayoritariamente en hombres con un 56% en el presente estudio.

Así mismo observamos que la mayoría de los tratamientos farmacológicos tanto en sus inicios como en la actualidad fueron con clomipramina seguida de los ISRS paroxetina y sertralina a la cabeza, casos aislados de fluoxetina recordando que los primeros dos medicamentos pertenecen al cuadro básico del centro de salud donde se realizó la investigación y el tercer medicamento se contó con una donación pequeña algunos meses del pasado año por lo que era de esperarse no tener otros medicamentos de esta familia también utilizados para este trastorno descritos en el estudio, y sus respectivas combinaciones con benzodiazepinas o neurolepticos los más comunes fueron clorpromazina, risperidona y olanzapina, también se encontraron, en menor grado, casos tratados con antidepresivos tricíclicos, no se evaluó eficacia del tratamiento por no ser parte del estudio.

Encontramos además que en la clasificación de gravedad de Yale Brown la mayoría puntuó en TOC leve con un 47% de los cuales la mayoría eran hombres, lo que les daba funcionalidad luego se dividían equitativamente en moderado y severo de este último grupo la mayoría eran mujeres, y se encontró solo un caso de TOC extremo que fue una mujer y a pesar de no ser parte del estudio se observó en datos preliminares no tabulados que los pacientes con más estabilidad consultaban solamente en su fecha programada no así los que habían puntuado como TOC severo y extremo.

VIII. CONCLUSIONES

- En la población estudiada el género que más frecuentemente consultan al hospital nacional psiquiátrico por trastorno obsesivo compulsivo en unidad de emergencia o consulta externa, en control subsecuente o por primera vez es el género masculino. El grupo etáreo que más frecuentemente consultaban por TOC fue el comprendido entre 25 a 35 años.
- El tipo de idea obsesiva que se encontró en la población estudiada con más habitualidad fue la de contaminación. Las compulsiones estaban presentes en la población en estudio en más de la tercera parte, de estas la que predominó fue la compulsión de limpieza.
- Ninguno era analfabeta, el nivel de estudio que prevaleció fue el de 1ero a 6to grado. La ocupación más común de las mujeres fue ama de casa. En hombres la mayoría se encontraban desempleados. Más de la mitad eran católicos. Mas de la mitad eran solteros (as). Más de la tercera parte provenían de la zona central del país.
- Un poco menos de la mitad de la población puntuaron como TOC leve en la escala de Yale Brown para TOC lo que corresponde a una buena funcionabilidad en la sociedad.
- El tratamiento farmacológico que usualmente se utilizaba en estos pacientes fue clomipramina mas benzodiazepina tanto en primera consulta como en el último manejo o tratamiento actual.

IX. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud:

Descentralizar la atención psiquiátrica con todos sus pormenores: médico psiquiatra capacitado, equipo de trabajo adecuado, psicofármacos suficientes y adecuados a disposición, logrando crear mayor accesibilidad al servicio, eficacia, eficiencia y calidad de atención.

Realizar campañas informativas en atención primaria en salud tanto a los médicos tratantes del primer nivel como a la población usuaria para promover la consulta temprana de personas con síntomas comunes al trastorno y brindar un tratamiento oportuno si así fuera requerido recordando que el retraso en el tratamiento es un factor de mal pronóstico en su evolución.

Al hospital Nacional psiquiátrico:

Establecer una normativa de manejo de estos pacientes bien detallada y socializada entre sus médicos consultantes con el fin de darle un manejo más integral al paciente que padece esta patología, donde se detalle que el tratamiento para estos casos no es solamente farmacológico y se tomen las consideraciones del pertinentes al momento de ser evaluados en sus consultas, es decir se brinde el tiempo suficiente a los médicos tratantes para ahondar en la psicopatología del trastorno, su evolución, dar la psicoterapia correspondiente y revalorar dinámicamente los psicofármacos.

A los médicos psiquiatras tratantes:

Se les sugiere en la medida de lo asistencialmente posible según las normas hospitalarias, ofrecer un manejo holístico al paciente con trastorno obsesivo compulsivo, como debería de serlo según la literatura y no como es costumbre hacerlo donde simplemente se extiende tratamiento biológico.

Al personal de archivo:

Actualizar datos generales de los pacientes, como números telefónicos, dirección, estado civil, etc. Para facilitar el poder contactar a estas personas si fuese necesario.

A otros investigadores:

Que en seguimiento prospectivo se indague la eficacia del tratamiento farmacológico administrado, apego y cumplimiento de este, se investigue acerca de la eficacia psicoterapéutica como monoterapia o en combinación con psicofármacos pues no existe en el hospital nacional psiquiátrico un protocolo de psicoterapia a seguir, en los expedientes clínicos no esta documenta ninguna sesión de esta índole.

Realizar estudios longitudinales prospectivos que nos proporcionen datos de evolución y pronóstico.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition. 2000
2. Kerlinger, Fred; Lee, Howard. Investigación del comportamiento métodos de investigación en ciencias sociales. Cuarta edición. Publicado en México. 2002.
3. Michel Salazar Vallejo, Concha Reralta Rodrigo, Ruíz Pastor (Javier) Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. 2ª edición. Publicado en Barcelona, España. 2009
4. Mini manual CTO, 6ª edición, de psiquiatría. www.onecaribbean.org/content/files/CTOGuide, fecha de consulta 3 de marzo del 2010
5. Paz González Rodríguez, Prudencio Rodríguez Ramos. Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia. Centro de Salud Manzanares el Real, 2010
6. Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbott. Tratado de psiquiatría. Washington d.c. masson s.a. tercera edición. 2000
7. Salvador Cervera, Valentín Conde, Manual del residente de psiquiatría, en línea, 1ª edición, 2002, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/area1.htm, consulta 15 de febrero del 2010.
8. Soutullo- Mardomingo. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial medica panamericana. Madrid. España. 2010.
9. Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades 1989 **CIE-10**. www.ahima.org/icd10/, fecha de consulta 25 de febrero del 2011
10. Weiner –Dulcan. Tratado de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia . Editorial Masson. Barcelona . España. 2006

ANEXOS

ANEXO 1

La hoja de captura de datos nos servirá para recolectar las variables sociodemográficas como, genero, edad, estado civil, etc. Y también se indagara un poco acerca del diagnostico y tratamiento de su patología, los datos serán tomados directamente del expediente clínico y se confirmaran datos con el sujeto de estudio. Para lo cual se le solicita autorización.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS DE PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS QUE PADECEN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CONSULTANTES DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO DE EL SALVADOR

Hoja de captura de datos.

1. SEXO: _____

EDAD: _____

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELIGION: _____

ESTADO CIVIL: _____

ZONA DE ORIGEN:

PRIMERA CONSULTA: _____

PRIMER DIAGNOSTICO DE TOC: _____

PRIMER TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE TOC:

TRATAMIENTO ACTUAL:

TIPO DE IDEAS OBSESIVAS PREDOMINANTES:

HAY COMPULSION: SI NO

SI LA HAY CUAL ES: _____

ANEXO 2

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

www.brainphysics.com

NAME: _____

DATE: _____

PHYSICIAN: _____

SE LE EXPLICO AL PACIENTE QUE LOS OBJETIVOS DE LA ESCALA SON TIPIFICAR SEGÚN GRAVEDAD EL TOC POR MEDIO DE PREGUNTAS DE ESCOGE QUE TIENEN ASIGNADO UN PUNTAJE ESPECIFICO A CADA RESPUESTA Y SE LE SOLICITA AUTORIZACION PARA SER PARTE DEL ESTUDIO

Note: Scores should reflect the composite effect of all the patient's obsessive compulsive symptoms. Rate the average occurrence of each item during the prior week up to and including the time of interview.

Obsession Rating Scale (circle appropriate score)

Item	Range of Severity				
1. Time Spent on Obsessions Score:	0 hr/day 0	0-1 hr/day 1	1-3 hr/day 2	3-8 hr/day 3	> 8 hr/day 4
2. Interference From Obsessions Score:	None 0	Mild 1	Definite but manageable 2	Substantial impairment 3	Incapacitating 4
3. Distress From Obsessions Score:	None 0	Little 1	Moderate but manageable 2	Severe 3	Near constant, disabling 4
4. Resistance to Obsessions Score:	Always resists 0	Much resistance 1	Some resistance 2	Often yields 3	Completely yields 4
5. Control Over Obsessions Score:	Complete control 0	Much control 1	Some control 2	Little control 3	No control 4

Obsession subtotal (add items 1-5) _____

Compulsion Rating Scale (circle appropriate score)

Item	Range of Severity				
6. Time Spent on Compulsions Score:	0 hr/day 0	0-1 hr/day 1	1-3 hr/day 2	3-8 hr/day 3	> 8 hr/day 4
7. Interference From Compulsions Score:	None 0	Mild 1	Definite but manageable 2	Substantial impairment 3	Incapacitating 4
8. Distress From Compulsions Score:	None 0	Mild 1	Moderate but manageable 2	Severe 3	Near constant, disabling 4
9. Resistance to Compulsions Score:	Always resists 0	Much resistance 1	Some resistance 2	Often yields 3	Completely yields 4
10. Control Over Compulsions Score:	Complete control 0	Much control 1	Some control 2	Little control 3	No control 4

Compulsion subtotal (add items 6-10) _____

Y-BOCS total (add items 1-10)

Total Y-BOCS score range of severity for patients who have both obsessions and compulsions:

0-7 Subclinical 8-15 Mild 16-23 Moderate 24-31 Severe 32-40 Extreme

COMMENTS: _____
