

Prevalencia y comorbilidad psiquiátrica del TOC en Tabasco

Abrahán Balan-Torre⁽¹⁾

balan48@hotmail.com

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia, comorbilidad psiquiátrica asociada y características sociodemográficas del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en usuarios de primera vez de la consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental, en el período enero a diciembre del 2010. La población estudiada fueron 661 pacientes, de los cuales se diagnosticaron como TOC 9. El tipo de estudio fue, transversal y descriptivo, por revisión de los expedientes clínicos, realizando análisis estadístico de descripción con tendencias central de los datos por porcentajes, en una investigación sin riesgo en razón a que la fuente de información fue obtenida del expediente de cada usuario del archivo clínico del Hospital. La prevalencia del TOC en este estudio fue de 1.4 % cifra que está por debajo de lo reportado en la literatura, lo que puede ser consecuente a estar subdiagnosticados, ameritando un estudio más amplio, con revisión detallada de los cuadros clínicos y en cuanto a la comorbilidad asociada son los trastornos del afecto los que sobresalen en diversas modalidades, le siguen los trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, así como conductas adictivas, resultados que si corresponden a los reportados en la literatura. La población estudiada corresponde a población abierta, de edad mayor a los 50 años, de nivel sociocultural y económico bajo.

Palabras claves: *Trastorno Obsesivo Compulsivo, Prevalencia, Comorbilidad Psiquiátrica.*

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to know the prevalence, the psychiatric associated comorbidity, and the sociodemographic features of the obsessive compulsive disorder in the first time out patients in the mental health hospital in Villahermosa Tabasco from January to December

2010. 661 out patients were studied and all were diagnosed with obsessive compulsive disorder (OCD).

Method and Material: It was a transversal, descriptive study made out of clinical files review. Descriptive statistics with central tendency of percentage was used for data analysis. The investigation was a risk free factor based on the fact that the information was taken from the out patients clinical files in the archive department.

Results: A prevalence of 1.4% was found, which is below the rate reported in the literature; which can be the consequences of an under or subdiagnosed, and the need for further study with a thorough cases review. The comorbidity associated with OCD in this study were: effective's disorder, follow by general anxiety disorder, panic disorder, phobic and hypochondriacal disorder. Also antisocial type of personality and alcohol dependency were also found. These results correspond to those mentioned in the literature. The sociodemographic features studied are corresponded to an open population of 50 years old and older, with a low sociocultural and economic level.

Keywords: *obsessive compulsive disorder, prevalence, comorbidity, psychiatric.*

INTRODUCCIÓN

Las definiciones del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) aluden la presencia de sus dos componentes, obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos intrusivos, de carácter molesto y difícil de evitar, las compulsiones, son acciones que se ejecutan de manera repetitiva, para reducir la ansiedad que provoca el pensamiento intrusivo. La explicación de ambos componentes sugiere una dificultad de la persona para controlar sus pensamientos y sus acciones.¹ El trastorno obsesivo compulsivo recibió distintas denominaciones según diferentes autores, cada uno hizo hincapié en parte del cortejo sintomático para denominarlo: Manía sin Delirio Pinel, Monomanía instintiva Esquirol,

⁽¹⁾ Profesor investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Universidad Alfa y Omega y Universidad del Valle de México, Coordinador de la Unidad de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México.

Pseudomonomanía Delasiauve, Locura Lúcida Trelat, Locura de la duda Falret, Locura de la duda con delirio de contacto Legrand du Saulle, Enfermedad ruminativa Griesinger, Paranoia Abortiva Westphal, Paranoia Rudimentaria Morselli, Neurosis Janet, Freud, Schneider, Lewis, Pollit, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo DSM IV. Jaspers, en su "Psicopatología General", se refiere a las obsesiones como ideas en las que el individuo está obligado a pensar, mientras que está convencido de lo infundado de la angustia, de lo absurdo del impulso, de la imposibilidad de la idea.²

El TOC en la Edad Media era considerado como obsesión demoníaca, y tratado, con exorcismos o torturas, incluyendo la hoguera. En nuestro siglo, Janet y Freud elaboraron hipótesis acerca de su psicogenia y psicoterapia para su tratamiento.³ En 1838 Esquirol, lo situó en las locuras parciales o monomanías y los alienistas franceses lo ubicaron en el plano de las locuras. Posteriormente fue catalogado como neurosis de origen emocional definiéndola como expresión de una lesión funcional del Sistema Nervioso vegetativo según Morel, o de causas psicodinámicas por Freud, psicastenia de base psicofisiológica Janet, y a mitad del siglo XX se clasificó como trastorno de ansiedad (DSM-IV) y dentro de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes (CIE-10).⁴ En la actualidad se ha descrito una variante de TOC pediátrico denominada PANDAS (Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections), caracterizada por inicio precoz de los síntomas en menores de 8 años y predominio del sexo masculino en razón a (3:1), con exacerbaciones sintomáticas súbitas asociadas a infecciones por estreptococos, presentando hiperactividad motora, impulsividad y distraibilidad, más sintomatología comórbida asociada a las infecciones.⁵

Prevalencia. Se ha considerado que el trastorno inicia antes de los 25 años, con más frecuencia durante la preadolescencia. Sin embargo, Rasmussen y Tsuang informan dos picos en el inicio de la enfermedad: 12-14 y 20-22 años. Los estudios epidemiológicos informan una prevalencia variable de TOC en menores de 18 años, del 0.1 al 4%; Flament y colaboradores encontraron una prevalencia de vida del 1.9%; Zohar y colaboradores encontraron 3.56%; y Valleni-Basile y colaboradores encontraron 2.95%, más en hombres (3.26%) que en prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con mujeres 2.64%. En Colombia, aunque no existen datos en menores de 18 años, Torres de Galvis en el estudio nacional de salud mental de adultos, en el 2000, encontró una prevalencia a lo largo de la vida de TOC de 3.6%.⁶ El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes es una enfermedad compleja, y se considera el cuarto trastorno psiquiátrico más común en el mundo, con una relevante

morbilidad biopsicosocial y una prevalencia de 1-3% en la población mundial.⁷ En Latinoamérica, la prevalencia del trastorno ha sido escasamente estudiada. El único reporte que encontramos en población general fue realizado en Puerto Rico. En México, los casos prevalentes de TOC en pacientes atendidos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, representaron 2.3%. No obstante, los estudios en servicios clínicos no reflejan, necesariamente, la distribución y características del trastorno en la población general.^{8,9} La prevalencia reportada del TOC pediátrico (2 a 4%) es similar a la reportada en adultos, lo cual sugiere una evolución variable del TOC pediátrico, ya que no todos los casos continúan con síntomas significativos a lo largo de su vida.⁹

Comorbilidad. Los trastornos por tics, de ansiedad y de aprendizaje se han encontrado asociados al TOC en infantes. Los trastornos del espectro TOC como tricotilomanía, onicofagia, lesiones crónicas de la piel, otros trastornos del control de impulsos, juego patológico, parafilias, trastorno dismórfico corporal y trastornos de alimentación son más comunes en la adolescencia. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente comórbidos con el TOC pediátrico son el trastorno de ansiedad por separación en niños y también en adolescentes. La depresión es frecuente en niños; en adolescentes los trastornos por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno negativista desafiante se dan con frecuencia.⁹ Se ha confirmado la presencia y la prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo en los desórdenes alimentarios según la evidencia, principalmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa que obtuvieron puntajes más altos en los niveles moderado y severo.¹⁰ El trastorno depresivo mayor, es frecuentemente comórbido, más en los adolescentes que en los niños, y se ha vinculado más con la duración del TOC que con la edad de inicio temprano. El trastorno bipolar tiene importante relación con el TOC, y se han reportado mayor frecuencia el Trastorno Bipolar tipo II y mayor asociación con inicio temprano del TOC. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se ha asociado con un inicio más temprano del TOC. Otras comorbilidades son los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo como los trastornos del control de los impulsos, trastorno dismórfico corporal y de la conducta alimentaria y trastorno sexual compulsivo.¹¹ Varios estudios proponen basados en la evidencia epidemiológica, neurobiológica y clínica que los pacientes con la comorbilidad TOC y esquizofrenia pueden representar una categoría especial entre los pacientes con esquizofrenia, por ello proponen denominarla trastorno o esquizofrenia esquizo-obsesiva.¹² La comorbilidad mayor fue hacia los trastornos del afecto de tipo depresivo y posteriormente ansiosos, donde los diagnósticos con mayor porcentaje de presentación fueron: Episodio depresivo mayor y distimia, nuevamente en concordancia con investigaciones previas,

en donde la depresión es el diagnóstico psiquiátrico más frecuente y donde la importancia del manejo, es por la presencia de riesgo de suicidio 9 a 10 veces superior al de la población en general.¹³ El Síndrome de la Tourette y los tics crónicos motores y vocales son comunes en los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Los pacientes con TOC y Tics Crónicos Motores y Vocales fueron similares a los pacientes con TOC y Síndrome de la Tourette en cuanto a la frecuencia de pensamientos intrusivos, repetir comportamientos considerados como compulsiones tipo tics.¹⁴ La fiebre reumática, asociada a la corea de Sydenham, ha estado sensiblemente relacionada con la sintomatología/trastorno obsesivo-compulsivo (SOC/TOC). La presencia similar de Síntomas Obsesivo Compulsivo en pacientes con antecedentes de Fiebre Reumática y diabetes, sugiere que el desarrollo de esa sintomatología, desencadenada por infecciones de estreptococo hemolítico A β , se limita a la fase aguda de Fiebre Reumática ocurrida durante la infancia, y no parece predisponer la aparición de Síntomas Obsesivo Compulsivo en la edad adulta.¹⁵ Los pacientes con TOC-esquizofrenia son más propensos a tener un historial previo de tentativas e ideaciones suicidas. El número de tentativas suicidas anteriores es mayor en pacientes con TOC-esquizofrenia que en pacientes "Sin TOC"-esquizofrenia.¹⁶ La dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal se define como una preocupación excesiva y persistente de un defecto físico, muchas veces asociados a otras patologías, como el trastorno obsesivo compulsivo y desórdenes de la personalidad.¹⁷ Los pacientes pediátricos con TOC con y sin tics comórbido pueden tener algunos aspectos de presentación sintomática diferentes, pero generalmente tienen más síntomas TOC en común que diferentes. Se destacan las implicaciones de estos resultados sobre la presentación clínica y la eficacia del tratamiento.¹⁸ Las investigaciones futuras deberían examinar las características neurobiológicas potenciales asociadas con las presentaciones de inicio temprano del trastorno obsesivo compulsivo. La detección temprana y el manejo de comorbilidades pueden compensar las deficiencias en la vida adulta.¹⁹

Estrato Neuroanatómico. Según los modelos neuropsicológicos actuales, la disfunción frontoestriatal está implicada en la etiología del trastorno y sería la alteración primaria del TOC, también las conexiones talámicoamigdalinas son el sustrato neuroanatómico de los componentes afectivos y motivacionales del TOC, la amígdala influye en la actividad cortical a través de vías ascendentes y sobre el estriado, y promueve las conductas automáticas como respuesta al peligro; tiene un protagonismo central en la neurobiología de los trastornos de ansiedad y afectivos, además de ser la estructura que ayuda a explicar la elevada comorbilidad del TOC con este

tipo de trastornos. Desde los actuales modelos neuropsicológicos, las disfunciones cognitivas, se entienden como un problema intermedio entre las alteraciones neurobiológicas, sistema frontoestriatal y la fenomenología clínica del TOC.²⁰ Los sistemas cerebrales frontoestriales implicados en el TOC incluyen el córtex orbitofrontal, el estriado y el cíngulo anterior, entre otros. Estudios con PET describen un metabolismo anormal del córtex orbitofrontal en estudios de reposo. Los estudios con RMf que han investigado la función ejecutiva también han identificado diferencias en áreas frontoestriales en pacientes con TOC, sobre todo el córtex prefrontal y el núcleo caudado. Existe también cierta evidencia de la implicación de las funciones cognitivas relacionadas con la inhibición de respuestas como sustrato neurocognitivo del TOC.²¹

Diagnóstico. El acrónimo PANDAS agrupa a las entidades neurológicas y psiquiátricas que se presentan como una reacción autoinmune posterior a la infección por estreptococo. La principal característica de este grupo de enfermedades es que los pacientes presentan inicio o exacerbación de sus síntomas en forma abrupta, cuya duración coincide con la aparición de una infección por estreptococo. La determinación de antiestreptolisinas y el anticuerpo monoclonal, llamado D8/17, son de utilidad para hacer el diagnóstico.²² Entre las epilepsias, las crisis parciales simples del lóbulo frontal pueden involucrar pensamientos de tipo obsesivos, llevando al diagnóstico erróneo de un TOC. Existen algunos casos descritos de asociación de TOC y epilepsias originadas en la corteza del cíngulo y después de una cingulotomía mejoran tanto las crisis como el TOC.¹³ El tipo de epilepsia más frecuente fue las crisis parciales complejas, de origen fronto-temporal derecha, contrastando con la literatura ya que en el TOC se encuentra disfunción fronto-temporal del hemisferio izquierdo del sexo femenino. La realización del electroencefalograma (EEG) es quizá un medio importante para entender las bases neurobiológicas del TOC ya que la evidencia sugiere que la hiperactividad del circuito frontal-estriata-talámica-frontal se asocian con síntomas obsesivos y compulsivos en el TOC.¹³ Puesto que la literatura sobre TOC y Psicosis ha sido abundante, pero a primera vista no concluyente, se resumen las tres metodologías seguidas por la Psiquiatría y cuáles fueron sus aportes. 1) Estudios de síntomas obsesivos-compulsivos en Esquizofrenia: algunos pacientes esquizofrénicos padecen síntomas obsesivos compulsivos lo que refutó la idea de la función protectora de los mismos en la psicosis. 2) Estudios de síntomas psicóticos en TOC: permitió demostrar la posibilidad de estados transitorios psicóticos, pero no por ello esquizofrénicos; 3) Estudios de complejos sintomáticos compartidos: propone la posibilidad de fluctuación entre Esquizofrenia y TOC, los pacientes se ubican en una pars intermedia de un continuo dimensional transnosográfico.²³

La demencia Fronto Temporal y síndrome de Down parecen ser causas frecuentes de TOC adquirido en la consulta neurológica y en Demencia Fronto Temporal puede presentarse como forma de comienzo. Las compulsiones manifiestas son el tipo de conducta predominante. El compromiso de función frontal es el hallazgo constante en estos casos.²⁴ Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo fuman menos que la población general. Los sujetos no fumadores con TOC se fatigan más fácilmente, tienen más tendencia a preocuparse, más remordimientos y menos seguridad en sí mismos, son menos impulsivos y se inquietan con más frecuencia que los fumadores con TOC. Además, los no fumadores cumplen significativamente más criterios del trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad en comparación con los fumadores.²⁵

Tratamiento. En cuanto al tratamiento, la terapia cognitivo conductual (TCC), es rutinariamente descrita como el tratamiento psicoterapéutico de elección para niños, adolescentes y adultos con TOC. Pruebas de medicamentos en adultos con TOC demuestran eficacia de los ISRS, estudios en pacientes pediátricos con TOC sugieren que estos compuestos producen un beneficio similar, la FDA aprobó el uso de la clorimipramina, fluvoxamina y sertralina para el tratamiento del TOC, en algunas ocasiones se recomienda el tratamiento adjunto con risperidona. En los pacientes que no responden o responden parcialmente al aumento del ISRS, un segundo medicamento es algunas veces útil, sin embargo; sólo el clonazepam y el haloperidol han demostrado beneficio. Clínicamente, la farmacoterapia, y la TCC han demostrado mejores resultados en estos pacientes.¹³ La mayoría de los niños con TOC requieren múltiples tratamientos como: terapia cognitivo-conductual, fármacos, y entrenamiento conductual para los familiares. Se reconoce que la combinación de terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico con ISRS es la estrategia con mayores resultados y mejoría sostenida.¹¹ Desde sus inicios el estudio empírico de la eficacia de los tratamientos para el TOC se ha centrado en los procedimientos de exposición. La exposición con prevención de respuesta (EPR) ha demostrado ampliamente ser el tratamiento psicológico de elección para el TOC. Las variaciones de la EPR, incluyendo la combinación con técnicas cognitivas y farmacológicas, no han demostrado aún su superioridad sobre la EPR.²⁶ En este ámbito, la ventaja inmediata del tratamiento farmacológico es evidente, habida cuenta de los menores recursos que consume. Ciertamente la ERP es menos accesible para la mayoría de los pacientes o tiene un coste económico en clara desventaja con el uso de fármacos. Los efectos secundarios de los ISRS son prácticamente inexistentes (no así de la clomipramina), frente a las dificultades que para el paciente puede implicar el tener que seguir el programa de exposición. Resumiendo, el

fármaco consume menos energías y recursos del paciente, del terapeuta y del sistema sanitario en términos económicos. Éste es, sin duda, el motivo por el que la EPR no se haya generalizado masivamente. Queda aún por cuantificar en qué medida esa ventaja en la eficiencia de lo farmacológico no alcanza, compensa o supera las ventajas sobre el control de la sintomatología obsesivo-compulsiva de la EPR.²⁶ Otros fármacos utilizados en el TOC y en las ideas obsesivas han sido neurolépticos como la Risperidona, el Haloperidol, la Olanzapina, o la Levomepromazina, sobre todo si existe algún rasgo esquizoide o fuertes ideas sobrevaloradas, así como toda la gama de Benzodiazepinas disponibles en el mercado, recomendándose las de vida media y larga, previniendo la acumulación de los niveles plasmáticos del principio activo, y desaconsejándose las que pudiesen tener un efecto más des-inhibitorio que otras, como por ejemplo, bromazepam, alprazolam o clonazepam, frente al cloracepato, que sí posee dicho efecto, con el subsiguiente efecto contraproducente para el paciente, que puede consistir en un aumento de las obsesiones/compulsiones al estar desinhibido.²⁷ La presentación del TOC en niños y adolescentes ha evidenciado particularidades que han contribuido a reconocer al inicio temprano como un subtipo de este trastorno. Éste continúa representando un importante problema de salud pública por ser de los trastornos ansiosos más incapacitantes en cualquier grupo de edad. Así mismo, su estudio de acuerdo con los diferentes subtipos consistentes para cualquier grupo de edad y su caracterización fenomenológica, fisiopatológica y genética permitirán seguramente estrategias terapéuticas más específicas y eficaces.²⁸ Los pacientes con TOC comórbido y Trastorno Depresivo Mayor reportaron mayores decrementos significativos en sus sensaciones subjetivas, relaciones sociales y en una medida compuesta de actividades generales, en comparación con pacientes con TOC sin Trastorno Depresivo Mayor. Estas diferencias no se debieron a la presencia de otros trastornos comórbidos del eje I. Los tratamientos que tratan la comorbilidad de la depresión en el contexto de TOC primario, son necesarias para mejorar la calidad de vida de esta población severamente afectada de víctimas del TOC.²⁹ El trastorno obsesivo-compulsivo es una de las patologías más subdiagnosticadas y tratadas de forma equivocada en las últimas décadas. Como resultado hoy nos encontramos con un importante número de pacientes que tienen alta resistencia a los tratamientos convencionales, presentándose un cuadro particular al que se denomina trastorno obsesivo-compulsivo resistente.³⁰

Objetivo General. Conocer la prevalencia, comorbilidad psiquiátrica asociada y características sociodemográficas del trastorno obsesivo compulsivo en usuarios de primera vez de la consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental, en el período enero a

diciembre del 2010.

Objetivos Específicos. Determinar la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Establecer la comorbilidad psiquiátrica asociada al Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Identificar las características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo compulsivo.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental, de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, la población objeto fueron los usuarios adultos que acudieron por primera vez, para recibir atención médica psiquiátrica, en la consulta externa en el período de enero a diciembre del año 2010, siendo un total de 661 pacientes, de los cuales fueron diagnosticados como TOC.⁹

El tipo de estudio fue, transversal, descriptivo, por revisión de los expedientes en orden consecutivos según fueron elaborados del número menor al mayor, para obtener la información a fin de determinar la prevalencia, conocer la comorbilidad psiquiátrica asociada al Trastorno Obsesivo Compulsivo y Clasificarlos en relación al género, estado civil, religión, edad, escolaridad, ocupación y procedencia. El análisis estadístico es de descripción de tendencia central de los datos por porcentajes, en una investigación sin riesgo en razón a que la fuente de información fué obtenida del expediente de cada usuario del archivo clínico del Hospital,

los cuales fueron usados previa autorización escrita por el Director del la Unidad Hospitalaria.

RUSULTADOS

La prevalencia del TOC en pacientes del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental fue de 1.4 %, es decir por cada 100 pacientes que ingresaron a consulta en el 2010, fueron diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo 1.4. En el cuadro 1 se presenta el TOC en relación a la comorbilidad asociada, siendo los trastornos del afectos los que sobresalen en diversas modalidades como: episodios depresivos, trastornos mixtos ansiedad/depresión, depresión recurrente y distimia; le siguen los trastornos de ansiedad: como ansiedad generalizada y trastornos de angustia/fobia/Hipocondriasis; así como rasgos de personalidad antisocial y por último dependencia al alcohol. En relación al género, se encontró una proporción Hombre: mujer de 1:0.8. En relación al estado civil predominaron los casados, con 55.5 % dando una proporción casado: soltero de 1:0.8. En el cuadro 2 se detalla el TOC en relación con la religión dando mayor porcentaje la católica, con el 55.5 %. En el cuadro 3 se relaciona el TOC por rango de edad dando mayor porcentaje el de 50-59 con el 44.4 % y el de menor de 10-19 con el 11.2 %. En el cuadro 4 se presenta el TOC en relación a la escolaridad dando mayor porcentaje la primaria con el 44.4 %. En el cuadro 5 se describe el TOC en relación con la ocupación, siendo las amas de casa y con algún empleo los que presentaron mayor porcentaje del 33.3 % cada uno. En el cuadro 6 se describe el TOC en relación al municipio de procedencia resultando el Centro con 55.5 % y de otros estados 22.2 %.

CUADRO 1. Trastorno obsesivo compulsivo en relación a la comorbilidad asociada.

Comorbilidad	No. pacientes	%
Rasgos de Personalidad Antisocial	1	11
Episodio Depresivo Moderado	2	22
Dependencia al alcohol	1	11
Depresión moderada / trastorno mixto de ansiedad y depresión	1	11
Trastorno de angustia/fobia/trastorno hipocondriaco	1	11
Trastorno depresivo recurrente	1	11
Trastorno de ansiedad generalizada	1	11
Distimia	1	11
total	9	100

Fuente: Revisión de expedientes de pacientes.

CUADRO 2. Trastorno obsesivo compulsivo en relación a la religión.

Religión	No. pacientes	%
Católica	5	55.5
Evangelica	2	22.2
Ninguna	2	22.2
Total	9	100

Fuente: Revisión de expedientes de pacientes.

CUADRO 3. Trastorno obsesivo compulsivo por rangos de edad.

Rango de edad	No. pacientes	%
10-19	1	11.2
20-29	2	22.2
30-39	2	22.2
50-59	4	44.4
Total	9	100

Fuente: Revisión de expedientes de pacientes.

CUADRO 4. Trastorno obsesivo compulsivo en relación a la escolaridad.

Escolaridad	frecuencia	%
Primaria	4	44.4
Secundaria	2	22.2
Bachiller	1	11.1
Licenciatura	2	22.2
Total	9	100

Fuente: Revisión de expedientes de pacientes.

CUADRO 5. Trastorno obsesivo compulsivo en relación a la ocupación.

Ocupación	frecuencia	%
Desempleado	2	22.2
Ama de casa	3	33.3
Estudiante	1	11.1
Con algún empleo	3	33.3
Total	9	100

Fuente: Revisión de expedientes de pacientes.

CUADRO 6. Trastorno obsesivo compulsivo en relación a l municipio de procedencia.

Municipio	frecuencia	%
Centro	5	55.5
Cunduacán	1	11.1
Comalcalco	1	11.1
Otro estado	2	22.2
Total	9	100

Fuente: Revisión de expedientes de pacientes.

DISCUSIÓN

La prevalencia del TOC, fué de 1.4, en usuarios de primera vez atendidos en la consulta externa, durante un año. Comparando este resultado con otros se encuentra, prevalencia en menores de 18 años, del 0.1 al 4%; Flament y col. reportan una prevalencia de vida del 1.9%; Zohar y col. encontraron 3.56%; y Valleni-Basile y col. 2.95%, más en hombres (3.26%) que en adolescentes y su asociación con mujeres 2.64%. En Colombia, en menores de 18 años, Torres de Galvis informó una prevalencia a lo largo de la vida de 3.6%.⁶ En niños y adolescentes se considera el cuarto trastorno psiquiátrico más común en el mundo, con una prevalencia de 1-3% en la población mundial.⁷ Los casos prevalentes en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, representaron 2.3%. La prevalencia del TOC pediátrico (2 a 4%) es similar a la reportada en adultos.⁹ Por lo tanto el resultado la prevalencia del TOC en este estudio estuvo por debajo de otros, lo que puede ser consecuente a estar subdiagnosticados. En cuanto a la comorbilidad asociada, los trastornos del afecto sobresalen en diversas modalidades como: episodios depresivos, trastornos mixtos ansiedad/depresión, depresión recurrente y distimia; le siguen los trastornos de ansiedad como: ansiedad generalizada y trastornos de angustia/fobia/Hipocondriasis; así como Trastorno de Personalidad como: personalidad antisocial y por último conductas adictivas. En la Literatura la depresión fué frecuente en niños; en adolescentes los trastornos por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno negativista desafiante.⁹ El trastorno depresivo mayor, fué frecuente, más en los adolescentes que en los niños. El trastorno bipolar tuvo importante relación con el TOC, con mayor frecuencia el Trastorno Bipolar tipo II. Por lo que la comorbilidad con mayor porcentaje fué: Trastornos del afecto como: Episodio depresivo mayor y distimia, en donde la depresión fue el diagnóstico psiquiátrico más frecuente.¹³ Por lo tanto estos resultados si correspondieron a los reportados en la literatura. En lo que respecta a las

características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo compulsivo, se encontró una proporción mayor en hombre, con predominancia de casados, religión católica y de rango de edad de 50-59. También sobresalieron la escolaridad primaria, ocupación amas de casa y con algún empleo. El municipio con mayor procedencia fue el Centro y de otros Estados. Estas características correspondieron a una población abierta, de edad mayor a los 50 años, en población de nivel sociocultural y económico bajo.

CONCLUSIÓN

En este estudio la prevalencia del TOC estuvo por debajo de otros de la bibliografía, una revisión detallada de los cuadros clínicos con seguimiento de los casos puede ser una recomendación. En lo que se refiere a la comorbilidad asociada el resultado, si corresponde a lo reportado en la literatura. La población estudiada corresponde a población abierta, de edad mayor a los 50 años, de nivel sociocultural y económico bajo.

REFERENCIAS

- Rodríguez-Acevedo. Amelia, El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. Revista Puertorriqueña de Psicología. Vol. 20, 2009.
- Márquez-López Mato. Dra. Andrea, Trastorno obsesivo compulsivo. Curso de capacitación en PNIE. En colaboración con Dr. Gonzalo Illa, Dra. Paula Oyhaburu y Srta. Fiorella Velasco. 23 NOV 2009 | PNIE 22.
- Ríos-Carrasco. Rubén, Manual de Psiquiatría, Humberto Rotondo. Segunda Edición. 1998.
- López-Jiménez. María Teresa, Barrera-Villalpando. María Isabel, Cortés-Sotres. José F, Guines. Metzis, Jaime L. Martha, Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Salud Mental 2011; 34:111-120.
- Aepnya. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. (Protocolos 2008).
- Navarro-Mancilla. Álvaro Andrés, Rueda-Jaimes. Germán Eduardo, Camacho López. Paul Anthony, Franco López. Jorge Augusto Escobar Sánchez. , Mauricio, Díaz-Martínez. Luis Alfonso, Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio* Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40/No. 2/2011
- Salcedo. Marcela, Vásquez. Rafael, Calvo G. Manuel, Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes, Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40/No. 1/2011.
- Caraveo-Anduaga. Jorge J, Colmenares-Bermúdez. Eduardo, The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in México City. Salud Mental, Vol. 27, No. 2, abril 2004.
- Ballesteros-Montero. Ana Teresa, Ulloa Flores. Rosa Elena, 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 2011; 34:121-128).
- Behar-A. Rosa, Barahona I. Mónica, Iglesias M. Bernardita, Casanova Z. Dunny, Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. Rev. chil. neuropsiquiatra. v.46 n.1 Santiago mar.2008).
- Vargas-Álvarez. Luis Alberto, Palacios-Cruz. Lino, González-Thompson. Guillermo, De la Peña-Olvera. Francisco, Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte: Salud ment v.31 n.4 México jul./ago. 2008.
- Rincón D., Salazar L. Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Psicosis: ¿Un trastorno esquizo-obsesivo? (Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 2006/vol. XXXV. Número 004).
- Ávila-Aviles. José Manuel, Comorbilidad del trastorno compulsivo en pacientes con epilepsia. Arch Neurocienc 2004; Vol. 9(2):94-99.
- Diniz. Juliana B, Rosario-Campos. Maria Conceição, Hounie. Ana Gabriela, Curi. Mariana, Gedanke-Shavitt. Roseli, "et. al." Los Tics crónicos y el Síndrome de Tourette en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo. 4/dic/2006 Journal of Psychiatric Research. 2006 Sep; 40(6).
- Asbahr. F. R, Ramos. R. T, Costa. A. N, Sassi. R. B, Síntomas obsesivo-compulsivos en adultos con antecedentes de fiebre reumática, corea de Sydenham y diabetes mellitus tipo I: resultados preliminares. 3/mar/2006. Acta Psychiatr Scand. 2005. Feb; 111(2):159-161.
- Sevincok. Levent, Akoglu. Aybars, Kokcu. Filiz, Suicidio en pacientes esquizofrénicos con y sin trastorno obsesivo-compulsivo. 16/oct./2007 Schizophr Res. 2007 Feb; 90(1)
- Arcas. Mónica, Sobre un caso de trastorno obsesivo con dismorfofobia corporal. 19/mar/2009 Alcmeon. 2009 mar; 15(3):186-191.
- Storch. Eric A, Stigge-Kaufman. David, Marien. Wendi E, Trastorno obsesivo-compulsivo en jóvenes con y sin un trastorno crónico de tic. 16/ene/2009 Depression and Anxiety. 2008 Sep; 25(9):761-767.
- Janowitz. Deborah, Joergen-Grabe. Hans, Ruhrmann. Stephan, Trastorno obsesivo-compulsivo de inicio temprano y comorbilidad asociada. 13/ene/2010 Depression and Anxiety. 2009 Nov; 26(11):1012-1017.
- Andrés-Perpiñá S, Lázaro-García. L, Canalda-Salhi. G, Boget-Llucìa. T, Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo-compulsivo. (REV NEUROL 2002; 35: 959-63).
- Pena-Garijo. Josep, Ruipérez-Rodríguez. M. Ángeles, Barros-Loscertales. Alfonso, Neurobiología del trastorno

obsesivo-compulsivo: aportaciones desde la resonancia magnética funcional (I) *Rev. Neurol* 2010; 50 (8): 477-485

22. Ulloa. Rosa Elena, Arroyo. Eduardo, Nicolini. Humberto, ¿El pandas es un subtipo de trastorno obsesivo compulsivo de los niños? *Salud Mental*, Vol. 24, No. 2, abril 2001.

23. Toro-Martínez. Esteban, Formas psicóticas del trastorno obsesivo-compulsivo. (Presentación de casos clínicos. Año XII, vol 10, N°2, septiembre de 2001).

24. Golimstok, Angel. Fenomenología y comorbilidad del trastorno-obsesivo compulsivo (toc) en pacientes con queja cognitiva. (Congreso Argentino de Neurología. 2010).

25. Bejerot. S, L. von Knorring. L, Ekselius. L, Rasgos de personalidad y tabaquismo en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* (2001); 8: 11-18.

26. Vallejo-Pareja. Miguel Ángel, Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema* ISSN 0214-9915 CODEN PSOTEG 2001. Vol. 13, n° 3, pp. 419-427. Universidad Nacional de

Educación a Distancia.

27. López-González. Francisco Javier, Consideraciones sobre la etiología y los tratamientos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Artículo Publicado el 07 de noviembre de 2006

28. Vargas-Álvarez. Luis Alberto, Palacios-Cruz. Lino, González-Thompson. Guillermo, De la Peña-Olvera. Francisco, Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. (*Salud ment* v.31 n.3 México may. /jun. 2008).

29. Cassin. Stephanie E, Richter. Margaret A, Zhang. K Anne, Rector. Neil A, Calidad de vida en pacientes en búsqueda de tratamiento con trastorno obsesivo-compulsivo con y sin trastorno depresivo mayor. 30/oct/2009 *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009 Jul; 54(7):460-467.

30. Yaryura-Tobias. J.A, Neziroglu. F, Pérez Rivera. R.L, Borda. T, Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 66 N° 1 Junio 2002. Página 47.