

Características y tratamiento del trastorno obsesivo resistente al tratamiento

Daniel Navarro Bayón

FISLEM. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (Toledo)

Este artículo presenta el perfil clínico del trastorno obsesivo resistente a las intervenciones terapéuticas de primera elección (cognitivo-conductuales y farmacológicas). No existen criterios claros en la definición del concepto de resistencia al tratamiento para los pacientes obsesivos. Para considerar a un paciente como resistente se pueden considerar los siguientes criterios: el paciente ha recibido un mínimo de dos ensayos de tratamiento con fármacos de primera elección (clomipramina o fluvoxamina), haber pasado por un programa de exposición y prevención de respuesta y observar una reducción de los síntomas de menos del 65% (medido en frecuencia de obsesiones, duración, malestar asociado, interferencia y control percibido sobre las obsesiones). Se consideran las neutralizaciones como un elemento clave que determina la refractariedad al tratamiento y que están asociadas especialmente al trastorno obsesivo puro. Existen tres enfoques predominantes para el tratamiento de estos pacientes: terapia conductual, terapia cognitiva y terapia médica.

Characteristics and treatment of treatment-resistant obsessive disorder. This article describes the clinical profile referring obsessive patients without manifest compulsions as a subtype of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (OCD), with poor response to effective treatment approaches (cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy). There are no clear criteria when defining the concept of treatment refractory patients. A number of factors such as partial response to pharmacotherapy of first choice (clomipramine and fluvoxamine) and to observe a small reduction in the symptoms with intensive trials of exposure and response prevention therapy (of at least the 65%) are considered possible causes of treatment-resistant disorder. The neutralization of obsessive thoughts is considered as a key element associated to obsessive disorder which determines the refractoriness to the treatment. Revising the therapies used with resistant obsessive disorder we find three prevailing approaches: behavioural therapy, cognitive therapy and medical therapy. It is suggested that future clinical research should focus on this refractory group.

El Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) representa en la actualidad un tema central dentro de la psicopatología. Se estima una prevalencia global del TOC del 2,5% (DSM-IV-R, 2002) y algunos autores recientemente arrojan datos del 3% (Jenike, 2001). Estos índices de prevalencia suelen ser constantes en los diferentes países donde se ha estudiado, con independencia de la cultura o la localización geográfica. Pueden considerarse terapéuticamente relevantes ya que son mayores que los estimados para otras patologías consideradas «de primera línea», como, por ejemplo, la esquizofrenia o la anorexia nerviosa.

Cuando se habla del TOC, con frecuencia se habla de obsesiones en forma de pensamientos repetitivos que generan una fuente de angustia al sujeto que las padece y que van asociadas a alguna conducta motora o acto mental que se realiza de forma compulsiva y repetitiva para reducir dicha angustia. Sin embargo, existe una

variante del TOC que no va acompañado de compulsiones, tal como aparecen definidas en el DSM-IV (APA, 1994). Aunque Salkovskis (1999) y anteriormente Rachman (1976) ya afirmaron que las obsesiones sin compulsiones manifiestas pueden ser consideradas como un subtipo de TOC en el que la evitación y compulsión se manifiestan de forma encubierta, vamos a considerar esta variante de TOC como un «estatus obsesivo» diferente a la compulsión mental descrita en el DSM-IV (APA, 1994) («... actos mentales (p.e., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, ... con arreglo a ciertas reglas que deben seguir estrictamente»), y con características diferenciales de las definiciones tradicionales. Dicho cuadro obsesivo comparte las características funcionales con el resto de pacientes con TOC que presentan compulsiones manifiestas o encubiertas, considerando las diferencias como topográficas y asociadas a la manifestación de ciertas neutralizaciones en respuesta a la obsesión. La tendencia a ocultar su problema es más fuerte que en el caso del TOC con rituales manifiestos, lo que hace que se tarde más en recurrir a ayuda profesional y facilitada que, con el tiempo, aparezcan complicaciones adicionales debido a la cronificación del problema, que le va a ir incapacitando cada vez más por la instauración de repertorios de actos mentales y conductas relacionadas con sus obsesiones.

En este caso no hay rituales o compulsiones claras asociadas a la obsesión. Tampoco aparecen estímulos antecedentes desencadenantes de la obsesión. De estas diferencias se deduce que las técnicas de intervención cognitivas y/o conductuales tienen que introducir importantes variaciones a las propuestas actuales (Exposición y Prevención de Respuesta).

El presente artículo también considera que en las clasificaciones psicopatológicas tales como el DSM-IV (APA, 1994, 2002) el término Obsesivo-compulsivo se reserva para clasificar trastornos asociados a compulsiones, siendo éste un enfoque limitado para el cuadro clínico. Se pretende definir el cuadro obsesivo sobre la base de los síntomas frecuentes observados en la clínica que pueden mediatizar la respuesta al tratamiento. Se trata de comprender las variables asociadas al trastorno, así como lo que sabemos sobre la resistencia a los tratamientos.

Obsesiones resistentes al tratamiento

En las últimas décadas el desarrollo de técnicas psicológicas para el tratamiento de las obsesiones ha sido determinante en la reducción de la severidad de los síntomas obsesivos en pacientes con TOC. También los tratamientos farmacológicos han contribuido en mejorar la calidad de vida de los pacientes. Pero a pesar de todo ello son también evidentes las limitaciones. Eisen et al. (1999) realizaron un seguimiento de 77 pacientes a lo largo de 2 años que habían recibido tratamientos de primera elección (terapia cognitivo-conductual o terapia farmacológica) y encontraron que, tras los dos años del tratamiento, la probabilidad de remisión completa era sólo del 12% de los pacientes. El 47% presentaba una remisión parcial de la sintomatología. La probabilidad de recaída era del 50%. En esta línea se ha visto que las tasas de recuperación espontánea para los síntomas residuales están por debajo del 25% (Marks, 1991), con lo cual, cabe esperar que, aproximadamente, el 80% de los pacientes que quedan con síntomas activos tras el tratamiento se cronificarán, aumentando considerablemente el riesgo de recaídas. Estos síntomas resistentes en forma de obsesiones (actos mentales, dudas obsesivas, imágenes, etc.) y neutralizaciones (evitaciones, reaseguraciones, supresiones de pensamientos, etc.) que tienden a persistir en el tiempo suelen asociarse con discapacidades en la vida cotidiana que si no se abordan adecuadamente pueden conducir al paciente a un permanente estilo de vida restrictivo y discapacitante. La mayoría de los pacientes que han pasado por un tratamiento médico van a continuar con tratamiento farmacológico durante períodos que oscilan entre los 2 y 6 años como mínimo (Park, Jefferson y Greist, 2000). Además, el fármaco no tiene resultados sobre la recuperación de hábitos y funciones que han ido perdiendo debido a la automatización de patrones conductuales rígidos asociados al trastorno.

Si consideramos los factores pronósticos de la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TOC se ha comprobado que los pacientes con obsesiones puras son los que quedan con mayor rango de síntomas residuales resistentes a las intervenciones realizadas. Este rango de síntomas no es nada desdeñable, llegando a quedar tasas del 50% de síntomas obsesivos que no han respondido al tratamiento (citado en Cruzado, 1997).

Este núcleo de pacientes que permanece con sintomatología pueden presentar dificultades de convivencia y síntomas depresivos que agravan el cuadro. También su funcionamiento cognitivo-neurobiológico puede sufrir un deterioro importante, con anomalías funcionales (entre otros: hipermetabolismo frontobasal, dismi-

nución metabólica en áreas temporoparietales, deterioro en la flexibilidad cognitiva) que van a condicionar seriamente el proceso de aprendizaje de habilidades de afrontamiento de las técnicas cognitivo-conductuales (Arnedo, Roldán y Morell, 1996; Navarro y Puigserver, 1998).

Todo este panorama ha hecho que los clínicos reconozcan las limitaciones de los tratamientos disponibles actualmente y empiecen a reconsiderar de forma integrada el concepto y los tratamientos para el TOC y especialmente para los que presentan sintomatología resistente (Goodman, Rudorfer y Maser, 2000).

Definición de TOC resistente al tratamiento

Aunque el TOC como entidad diagnóstica ha sido reconocida, descrita y estudiada clínicamente, no ha sido así en aquellos casos que, aun encajando en esta entidad, presentan algunas diferencias en su perfil clínico y en la respuesta a los enfoques terapéuticos tradicionales. De hecho, la investigación sobre el TOC, tal como la han diagnosticado los sistemas de clasificación de la APA (1980, 1987, 1994) y de la OMS (1992), no permite juzgar qué datos se refieren a obsesivos puros y a obsesivos en general. Es más, existe una gran probabilidad de que una gran mayoría de los pacientes tratados hayan recibido el tratamiento después de recibir un diagnóstico general de TOC. Esto ha dificultado averiguar las razones por las que un mismo tratamiento funciona bien en unos casos y no en otros. De ahí la dificultad de exponer con claridad qué personas con qué tipo de TOC responderá a qué procedimientos.

Seguidamente se presenta una revisión que trata de hacer un reflejo del panorama actual sobre el tema, panorama que nos lleva a la confusión en muchos aspectos. Se hará un intento de clarificar las variables más significativas relacionadas con la resistencia al tratamiento, con el objetivo de esclarecer el perfil clínico.

Resulta difícil estimar cuántos pacientes presentan resistencia al tratamiento porque no existen criterios claros en la definición del concepto de resistencia al tratamiento. Haciendo una revisión de la literatura publicada sobre TOC y resistencia al tratamiento nos encontramos con problemas metodológicos importantes. Veamos algunos de ellos:

- a) El 90% de lo publicado sobre el tema es de corte biológico, considerando el TOC resistente como una enfermedad de difícil tratamiento. No obstante, la evidencia disponible actualmente permite cuestionar la consideración de que toda la variedad y complejidad de los síntomas obsesivos responde a una misma e hipotética causa biológica.
- b) La investigación se centra únicamente en la categoría diagnóstica global del TOC en base a sistemas de clasificación como el DSM-IV (APA, 1994, 2002). El resultado inevitable de esta estrategia es considerar a los pacientes con TOC resistente como un todo homogéneo, tanto los que presentan rituales manifiestos como encubiertos, como los que no presentan rituales. Esto impide saber, por ejemplo, cuántos pacientes presentan obsesiones puras dentro de estos grupos, o generar hipótesis sobre factores causales para la resistencia de determinados síntomas del TOC (obsesiones, compulsiones, etc.). Este planteamiento también hace que dentro de la definición de «refractario» o «resistente» se engloben en los estudios pacientes diagnosticados con TOC pero que presentan gran heterogeneidad: deterioros orgánicos, rango de edad, depresión asociada, tratamientos recibidos anterior-

mente, tipo de síntomas, etc. Es difícil que los pacientes denominados como refractarios en estos grupos tengan algo en común entre sí que se relacione con tal refractariedad o resistencia.

- c) La consideración de resistencia al tratamiento depende de la adscripción teórica del autor, considerándose factores muy dispares para definir la resistencia: no respuesta al tratamiento farmacológico pautado, tener trastornos comórbidos, sintomatología activa durante dos años o más tras el tratamiento, deterioro orgánico asociado, predominancia de determinadas obsesiones («acumuladores» y «repetidores»), falta de motivación por el tratamiento, problemas para que la ansiedad se habitúe en los ejercicios de exposición, etc.
- d) El instrumento mayormente utilizado en los estudios es la escala obsesivo-compulsiva Yale-Brown (Goodman et al., 1989) que sirve para fijar la severidad del trastorno en base a su topografía, pero no posibilita la identificación de qué variables están asociadas a la resistencia de qué síntomas específicos y cómo esas variables interaccionan con esos síntomas para formar la resistencia.

En función de lo anterior se podría dudar de la utilidad de distinguir al trastorno obsesivo resistente con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). En este caso quizás el estudio de las variables y síntomas asociados al trastorno obsesivo pueden hacer más comprensible al cuadro resistente, así como conducirlo a estrategias para el tratamiento.

Haciendo un esfuerzo integrador que recoja lo que hoy sabemos para considerar a un paciente como resistente, de forma general se podrían considerar como mínimo los siguientes criterios: el paciente ha recibido un mínimo de dos ensayos de tratamiento con fármacos de primera elección (clomipramina y fluvoxamina, con dosis entre 100 y 300 mg/día, de duración mínima de 10 semanas), haber pasado por un programa de exposición y prevención de respuesta (de duración mínima de 12 semanas, con sesiones de exposición de entre 30 y 90 minutos, con sesiones frecuentes - mínimo de 2 por semana y con autoexposiciones diarias –práctica masiva–) y observar una reducción de los síntomas de menos del 65% (medido en frecuencia de obsesiones, duración, malestar asociado, interferencia y control percibido sobre las obsesiones).

Los componentes fundamentales de todos los trastornos obsesivos son la pérdida de control sobre las obsesiones y el control negativo de las mismas. El individuo que padece obsesiones aprende todo un repertorio de conductas que están controladas por reforzadores negativos, son lo que más adelante vamos a llamar «neutralizaciones». Estas neutralizaciones están orientadas a evitar o escapar del impacto emocional negativo que supone experimentar las obsesiones, así como de las consecuencias temidas que sucederían si el individuo no hace algo por evitarlo. Desde esta perspectiva cabe esperar la supeditación del estilo de vida del individuo al mantenimiento de patrones de pensamiento y comportamientos obsesivos, con interferencias significativas en áreas de funcionamiento cotidiano (relaciones, ocio, trabajo, familia, etc.).

Poder precisar cuándo un caso va a ser refractario al tratamiento nos permitiría ajustar los tratamientos de la forma más adecuada, evitar perder tiempo gastando recursos terapéuticos ineficaces, así como diseñar protocolos de tratamiento específicos para estos casos. Los casos con TOC que son resistentes presentan unas características determinadas. Rosqvist, Thomas y Egan (2002) consideran que un paciente con TOC es refractario cuando ha pasado

por terapia de conducta, terapia cognitiva o tratamiento farmacológico sin reducción significativa de los síntomas obsesivos. Otros autores consideran que el hecho de haber recibido tratamiento con inhibidores serotoninérgicos durante un período mínimo de 6 meses con ausencia de mejoría es el principal criterio para considerar el cuadro obsesivo como resistente (Marazziti et al., 2001). Yargura-Tobias, Anderson y Nerizoglu (2000) afirman que el 30% de todos los pacientes con TOC van a ser refractarios al tratamiento. Estos autores describen el perfil de pacientes refractarios: indiferencia ante su trastorno, ausencia de motivación, no experimentan ansiedad durante los ejercicios de exposición, tienen un patrón de pensamiento rígido y concreto y tienen algún tipo de deterioro orgánico. Los autores explican la falta de respuesta al tratamiento y este perfil en base a alteraciones anatómico-cerebrales. Otros aspectos que se han señalado como posibles causantes de la escasa respuesta a los tratamientos con exposición y prevención de respuesta son los niveles altos de depresión y la existencia de ideas sobrevaloradas (Cruzado, 1993). Desde un punto de vista médico, Pigott y Seay (2000) han considerado como factores asociados a la resistencia el tener un diagnóstico poco preciso, presentar trastornos psiquiátricos concurrentes y una duración y dosis farmacológica inadecuada. Abramowitz et al. (2000) establecen tres aspectos que pueden asociarse a una pobre respuesta a los tratamientos cognitivo-conductuales: presentar trastorno depresivo asociado, fallos en la habituación de la ansiedad durante la exposición y la falta de motivación para la terapia. Algo menos preciso, pero muy interesante desde el punto de vista terapéutico, establecen Newth y Rachman (2001) señalando que la ocultación o encubrimiento de los síntomas podría considerarse un factor que predijera la falta de eficacia de los tratamientos cognitivos y de exposición. Otros factores que también pueden influir son que no se haya hecho un diagnóstico correcto y la falta de cumplimiento de las prescripciones del tratamiento.

Sin duda, todavía no existe una causa concluyente que dé explicación a la falta de respuesta al tratamiento de algunos pacientes. Pero, considerando los datos actuales, podemos hablar de algunas variables que pueden mediatizar los resultados clínicos y contribuir a que el paciente ofrezca mayor o menor resistencia al tratamiento (Cuadro 1).

El objetivo de este perfil es poder identificar a priori este tipo de casos, utilizando un conjunto coherente y fundamentado de criterios descriptivos que nos puedan poner en la pista de cuándo un paciente va a ser resistente a las intervenciones de primera elección.

<i>Cuadro 1</i>
Perfil del paciente con TOC resistente a las intervenciones de primera elección (exposición y prevención de respuesta; tratamiento con clomipramina y fluvoxamina)
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de ritual o compulsión manifiesta. • Ausencia de estímulos desencadenantes de la obsesión. • Presencia de un patrón amplio de neutralizaciones obsesivas. • Cronicidad del trastorno (2 o más años con tratamientos de primera elección sin alivio sintomatológico significativo). • Haber pasado por un programa de exposición y prevención de respuesta sin éxito*. • Haber recibido tratamiento farmacológico adecuado sin éxito*. • Presencia de trastorno depresivo asociado**. • Presencia de ideas sobrevaloradas.
* Presencia de síntomas residuales después del tratamiento - remisiones de menos del 65%. ** Los resultados de la literatura son contradictorios.

Neutralizaciones: manifestaciones de la obsesión en la vida cotidiana

Autores como Newth y Rachman (2001) señalan que si el paciente desarrolla pautas para encubrir su problema obsesivo es un intento de protegerse ante posibles consecuencias catastróficas asociadas a las obsesiones. Este encubrimiento le situaría en una situación desfavorable, ya que impide la exposición a interpretaciones alternativas para sus pensamientos obsesivos. Por tanto, el paciente es capaz de reprimir a duras penas su patología, lo que le va a hacer estar en tensión en lugares, con personas y en momentos que cada vez se van a ir generalizando y ampliando, provocando importantes restricciones en su funcionamiento diario. Mediante lo que podríamos denominar un «aprendizaje obsesivo», el sujeto aprende un repertorio de neutralizaciones cada vez más amplio. La finalidad de estas neutralizaciones va a ser doble: por un lado pretenden reducir el malestar asociado a las obsesiones, por otro lado pretenden impedir o neutralizar posibles consecuencias temidas.

Con el tiempo, el patrón de neutralizaciones puede llegar a ser extraordinariamente complejo y estar tan automatizado que el sujeto pierde la capacidad de discriminar cuándo se encuentra bajo la obsesión, cuándo se encuentra neutralizándola o cuándo se encuentra afrontándola. Es fácil que los sujetos, con los años, adopten formas de vida rígidas, adaptando su forma de comportarse y relacionarse a unos cánones obsesivos. Pueden buscar estrategias de afrontamiento que les preparen para exponerse a situaciones difíciles, buscar explicaciones que justifiquen su nerviosismo aparente, intentar pasar por despistados o maniáticos o evitar determinadas situaciones deliberadamente. Cada vez se pueden ir añadiendo más neutralizaciones en función de la aparición de los estímulos considerados como peligrosos, esto hace que surjan muchas complicaciones asociadas facilitando la pérdida de gratificaciones, aislamiento social, sentimientos de inadecuación, alteraciones emocionales u otros trastornos de ansiedad, lo que va a complicar el tratamiento de estos casos.

Las neutralizaciones son el factor nuclear del trastorno por las implicaciones clínicas que arrastran: impiden acudir a tratamiento antes, aparecen complicaciones adicionales, desarrollan un patrón de interpretaciones irracionales bien instaurado, y con importantes dificultades para reconocer el sentido irracional de sus obsesiones (Newth y Rachman, 2001). En este artículo vamos a considerar que las neutralizaciones son un elemento que determina la resistencia o refractariedad al tratamiento y que están asociadas especialmente al trastorno obsesivo puro.

La neutralización de los obsesivos puros se trata de un elemento más amplio que lo que se entiende en el DSM-IV (APA, 1994) por compulsión mental del TOC. Siguiendo con la argumentación de la introducción y de acuerdo con otros autores, se puede afirmar que las compulsiones cognitivas o mentales del TOC se han definido de forma limitada. Basándonos en la definición de Freeston y Ladouceur (1996), la neutralización en los pacientes con obsesiones puras englobaría rituales cognitivos, intentos de poner en orden y estrategias de afrontamiento. La neutralización abarcaría todo el repertorio que va más allá de la compulsión entendida como algo repetitivo, ejecutado siempre de la misma manera o de acuerdo a ciertas reglas (APA, 1994). No se trata aquí de trazar límites claros entre neutralización o compulsión, sino de entender la neutralización como un con-

cepto más amplio. No existen diferencias desde una perspectiva funcional entre ambos conceptos, aunque sí topográficas y esto último es lo que puede condicionar el diseño y resultado de las intervenciones.

El equipo de Freeston (Freeston, Ladouceur, Gagnon y Thibodeau, 1991; Freeston, Ladouceur, Provencher y Blais, 1995; Freeston y Ladouceur, 1996) lleva varios años estudiando la manera en que los sujetos tratan de neutralizar sus obsesiones. Resumiendo estos estudios, la mayoría de los individuos que experimentan obsesiones realizan alguna de las siguientes acciones: tranquilizarse, realizar acciones mentales, distraerse, detener el pensamiento y hacer evitaciones físicas.

Por tanto, el mecanismo responsable del mantenimiento a lo largo del tiempo del trastorno es la neutralización en sí misma, mediante procesos de reforzamiento negativo. Cada vez que el sujeto lleva a cabo una neutralización se hace más fuerte la asociación entre el pensamiento obsesivo y la consecuencia obsesiva asociada al mismo, lo que automatiza cada vez más la neutralización en respuesta a la obsesión. Newth y Rachman (2001) han clasificado estos actos de seguridad en supresión de pensamientos, conductas de evitación y encubrimiento de síntomas. Todos estos aspectos tendrían la misma funcionalidad sobrevalorada de seguridad, lo que mantiene el trastorno, ya que agravan el significado catastrófico de las obsesiones. Por otro lado, Janneck y Calamari (1999) han comprobado que, como cabía esperar, la supresión o neutralización de pensamientos obsesivos incrementa el «efecto de rebote» de los mismos, haciéndose más frecuentes o intensos en el caso de los sujetos con TOC. Sin embargo, este efecto se encuentra en menor medida en sujetos normales que utilizan la supresión de pensamientos intrusivos. Esto arroja la idea de que la neutralización está directamente relacionada con el grado de creencia que el sujeto tenga sobre la ocurrencia de las consecuencias temidas. En los sujetos con TOC esta creencia puede estar sobrevalorada. La causa de este exceso de valor otorgado a tales ideas puede estar en aspectos subyacentes: perfeccionismo, la exagerada estimación de riesgos en la vida diaria y una especial sensibilidad a experimentar ansiedad (Hanton, 1999).

De todo lo anterior se deduce la importancia que toman las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, ya que mientras mayor sea la convicción en las consecuencias temidas mayor será la urgencia de neutralizarlas. La importancia otorgada a las consecuencias temidas se derivará directamente de la interpretación que se hace sobre la importancia de la obsesión. Para una revisión de cómo influyen las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento del TOC se remite al trabajo de Gavino (2001), que señala las creencias erróneas que están en la base del trastorno: exceso de responsabilidad, necesidad de certeza, sobreestimación de amenazas percibidas y sus consecuencias negativas, creencia de que la ansiedad es inaceptable/peligrosa. También en esta línea de estudio, Rassin et al. (2000) encontraron que el modelo que mejor se ajusta al desarrollo de la sintomatología obsesivo-compulsiva es un modelo de fusión entre los pensamientos y la conducta.

El rango de temas y de neutralizaciones puede ser interminable y depende de cada persona. Por tanto, no interesa tanto el contenido específico de cada obsesión como las interpretaciones asociadas a la misma, que es lo que va a llevar a experimentar la urgencia de realizar la neutralización.

Tabla 1
Estudios que tienen como objetivo el tratamiento de pacientes con TOC resistente

Autores	Descripción	Resultados	Observaciones
1. Terapia de conducta Rosqvist et al. (2002)	Señalan como posible causa de la resistencia a las técnicas conductuales la no generalización al ambiente natural. Aplicaron un programa de exposición y prevención de respuesta en el domicilio. Los sujetos habían pasado anteriormente por terapia de exposición, cognitiva y farmacológica sin éxito.	El 80% de los pacientes mejoraron después del tratamiento. El 50% mantenía los resultados a los 18 meses del tratamiento.	La muestra consistía solo en 4 sujetos. La aplicación de la terapia en el ambiente del paciente ya había sido señalado como un potenciador de los tratamientos por Rachman y Hodgson (1980).
Abramowitz y Foa (2000)	Abordaje intensivo con exposición y prevención de respuesta. Muestra de 48 sujetos divididos en dos grupos: G1) sujetos con trastorno depresivo concurrente al TOC, G2) sujetos sin depresión asociada.	Se produjeron mejorías en los dos grupos. Los sujetos sin depresión asociada consiguieron mayor reducción de síntomas obsesivos.	El padecer un trastorno depresivo asociado al TOC podría considerarse un factor de resistencia a las técnicas conductuales. La muestra consistía en pacientes obsesivos con compulsiones.
Abramowitz, Franklin, et al. (2000)	Muestra de 87 sujetos con TOC divididos en 4 grupos en función del nivel de depresión: ausente, leve, moderada o severa, según puntuaciones en el BDI. Todos recibieron tratamiento de exposición y prevención de respuesta.	Los sujetos con depresión severa obtuvieron peores resultados comparados con los otros grupos.	La resistencia al tratamiento por motivo de padecer depresión asociada al TOC puede explicarse por la falta de motivación por la terapia y la dificultad para habituar la ansiedad durante la exposición.
2. Terapia cognitiva Williams, Salkovskis, Forrester y Allsopp (2002)	Aplicaron un programa cognitivo para pacientes con TOC que incluía: 1) Comprensión del problema; 2) normalización de los pensamientos intrusivos; 3) reformular ideas de responsabilidad; 4) ayudar a los pacientes a reevaluar las bases de sus temores.	La reducción de las ideas de responsabilidad correlaciona con la mejoría de los síntomas obsesivos, la ansiedad y la depresión.	El cambio cognitivo de las ideas asociadas a la obsesión parece facilitar la mejoría clínica. La muestra consistía en sujetos entre 12 y 17 años diagnosticados de TOC, lo que plantea dificultades de generalización. Se ha señalado en modelos teóricos que la intervención sobre las variables cognitivas potenciaría la eficacia de los tratamientos (Salkovskis, 1994; Freeston y Ladouceur, 1996).
Cottraux et al. (2001).	Compararon los efectos de la terapia cognitiva con la terapia de conducta en la mejoría de los síntomas obsesivos y depresivos asociados. Dos grupos diagnosticados de TOC (65 sujetos): G1) recibieron terapia cognitiva; G2) recibieron terapia de conducta.	La terapia cognitiva tenía efectos específicos sobre los síntomas depresivos. La terapia de conducta tenía efectos específicos sobre los síntomas obsesivos, manteniendo las mejorías tres meses después del tratamiento.	La terapia cognitiva puede ayudar a mejorar durante el tratamiento y en el post-tratamiento. La terapia de conducta parece ser más eficaz en el seguimiento a largo plazo para las obsesiones resistentes tras la intervención.
McLean et al. (2001)	Compararon los efectos de la terapia cognitiva con la terapia de conducta en tres grupos: G1) recibieron T.Cognitiva; G2) Recibieron T.de Conducta; G3) grupo control.	Los cambios en las cogniciones asociadas a las obsesiones mejoraron de la misma forma en los dos grupos de tratamiento. La T.Cognitiva obtiene iguales beneficios en el post-tratamiento.	Aunque el estudio no incluye muestra específica de pacientes resistentes, se podría concluir, en la línea de Williams et al. (2002) que las mejorías cognitivas pueden servir para facilitar la mejoría en el post-tratamiento.
3. Terapia médica Eisen et al. (1999)	Tratamiento con inhibidores de la recaptación de la serotonina (RSI) durante un mínimo de 12 semanas. Hicieron un seguimiento a dos años. Muestra 77 pacientes diagnosticados de TOC.	En el seguimiento a dos años solo un 47% de los sujetos habían mejorado parcialmente. La probabilidad de recaer para los que habían mejorado era del 48%.	La sintomatología obsesiva resistente en el post-tratamiento incrementa la probabilidad de recaer durante los dos años después del tratamiento.
Atmaca et al. (2002)	Muestra de 52 pacientes diagnosticados de TOC que no habían mejorado con RSI fueron tratados con una combinación de RSI+Quietapina. Dos grupos de tratamiento: G1) RSI, G2) RSI+Quietapina.	El 71,5% de los pacientes que recibieron la combinación de fármacos mejoró significativamente en el post-tratamiento.	Una combinación de fármacos puede mejorar a los pacientes resistentes, pero también se incrementan los efectos secundarios. La combinación de fármacos más adecuada para los pacientes resistentes no está clara. Romano et al. (2001) encontraron los mismos resultados utilizando Fluoxetina.
Nerizoglu, Yaryura-Tobias, Walz y McKay (2000)	Una muestra de 10 pacientes que no habían respondido previamente a terapia de conducta fueron asignados a dos grupos: G1)T. de conducta (20 sesiones) + Fluvoxamina (10 semanas), G2) Fluvoxamina (10 semanas)	El grupo de tratamientos combinados obtuvo la mayor mejoría en el postratamiento y el seguimiento a dos años.	Aunque los sujetos eran resistentes al tratamiento, existen problemas para generalizar los resultados, ya que se trataba de pacientes adolescentes. A pesar de esto, ofrece cierta evidencia acerca de la combinación de tratamientos como una opción para los sujetos resistentes.
Dougherty et al.(2002)	Una muestra de 44 pacientes diagnosticados de TOC recibieron tratamiento de cirugía (cingulotomía). Todos los pacientes eran resistentes al tratamiento con fármacos y terapia cognitiva conductual.	Después de 1 o 2 intervenciones quirúrgicas, el 45% de los pacientes respondían al tratamiento con fármacos en combinación con terapia de conducta.	La cingulotomía puede facilitar la respuesta al tratamiento para los pacientes altamente resistentes. Un porcentaje importante de sujetos (55%) continuaban sin responder al tratamiento y con síntomas obsesivos discapacitantes. Los efectos secundarios de esta intervención no están claros, Ochsner et al. (2001) encontró tras la operación déficits en percibir y seleccionar objetos visualmente.

Tratamientos y eficacia para el TOC resistente

Aplicando exposición y prevención de respuesta, el promedio de estudios encuentra que estas técnicas son altamente eficaces para el TOC tradicional, informando de mejorías en el 85% de los pacientes y con porcentajes de reducción de los síntomas obsesivos y compulsivos de hasta el 75% (Cruzado, 1997). Sin embargo, es conveniente señalar que la mayoría de los estudios sobre la eficacia de las técnicas conductuales se han realizado sobre casos que incluían rituales compulsivos manifiestos, tales como compulsiones de lavado o de comprobación. Si consideramos la aplicación de estas técnicas para los obsesivos puros nos encontramos que el porcentaje de pacientes mejorados baja al 50% y el porcentaje de reducción de síntomas es del 50% (Stekette y Lam, 1993). Por otra parte, algunos autores afirman que, a pesar de los resultados positivos obtenidos por los tratamientos conductuales y farmacológicos en la pasada década, menos del 50% de casos se benefician significativamente de los tratamientos actualmente disponibles para toda clase de TOC (Goodman et al., 2000).

Haciendo una revisión sobre los tratamientos aplicados a los pacientes resistentes nos encontramos con tres enfoques predominantes: terapia conductual, terapia cognitiva y terapia médica (farmacología y cirugía). La terapia cognitivo-conductual parece ser un enfoque acertado para estos casos, así como distintas variantes del tratamiento farmacológico. Sin embargo, las mejorías suelen ser parciales, necesitando el paciente el mantenimiento de la terapia durante períodos indefinidos. Por otro lado, y aunque con mucha controversia, la cirugía para los pacientes que no responden a los anteriores tratamientos puede ser efectiva para un tercio de los pacientes, pudiendo beneficiarse tras la intervención quirúrgica de las técnicas tradicionales (Jenike, 2000; Park et al., 2000).

El objetivo de los clínicos está actualmente en este núcleo de pacientes refractarios y la forma de mejorar los tratamientos para esta población (Goodman et al., 2000). Cabe destacar la escasez de publicaciones acerca de la eficacia de intervenciones psicológicas con el TOC resistente. Otro aspecto que cabe considerar es que no queda claro si la combinación de tratamientos conduce a un mayor éxito de estos pacientes, siendo la literatura muy escasa y contradictoria (Franklin y Foa, 2002; O'Connor et al., 1999).

En la mayoría de los estudios efectuados con pacientes obsesivos y resistentes sólo se ha tenido en cuenta como factor de resistencia la respuesta al tratamiento de los pacientes diagnosticados previamente de TOC, más que el análisis de los síntomas obsesivos asociados. Por tanto, y haciendo referencia a las consideraciones hechas para la definición del TOC resistente, a continuación se hace una revisión sobre los resultados más recientes y destacables de la investigación relativa a la resistencia del TOC. La mayoría

de los estudios se centran únicamente en alguno de los factores relacionados con la resistencia indicados en el Cuadro 1.

Conclusiones

Podemos concluir que faltan aún muchos interrogantes que todavía quedan sin resolver en el caso del trastorno obsesivo resistente. Variables como perfil clínico del TOC (presencia o ausencia de estímulos externos antecedentes de obsesiones, sintomatología ansiosa o depresiva añadida, naturaleza manifiesta o encubierta de los síntomas, cronicidad del trastorno, resistencia a tratamientos convencionales), la combinación de tratamientos (conductuales, cognitivos y farmacológicos) y el orden óptimo de aplicación de tratamientos tienen que ser consideradas para la elección de la intervención terapéutica que se aplique al paciente.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos sobre este tema, sería recomendable para la práctica clínica poner en juego el cambio de la percepción teórica sobre el trastorno, así como los resultados de la investigación relacionada con ello. Más que seguir estudiando acerca de la eficacia de las distintas intervenciones por separado o comparativamente, las investigaciones desde la biología, la neurociencia y la psicología clínica podrían entrelazarse y combinarse para avanzar en el abordaje terapéutico del trastorno.

El tratamiento de estos casos exige un conocimiento profundo de todas las técnicas que se han demostrado eficaces para el TOC. El terapeuta debe buscar la mejor combinación de tratamientos para cada paciente resistente que incremente la probabilidad de eficacia. Esta premisa parte de la limitación de los abordajes tradicionales que van orientados a una única variable (biológica, cognitiva o conductual) para aquellos casos que no parecen responder a dichas intervenciones. Hoy no existen datos consistentes que permitan aclarar cuál sería la mejor combinación de técnicas que facilitarían el resultado de la intervención. Tampoco sabemos si el efecto positivo de las técnicas sería sumativo o provendría de una interacción dinámica de las mismas. Recientes hallazgos arrojan pistas de que determinado tipo de combinaciones de los tratamientos puede potenciar los beneficios de las intervenciones para los casos resistentes. O'Connor et al. (1999) encontraron que si se introduce la terapia cognitiva conductual después de un período de administración de fármacos provoca mayores mejorías que realizar la combinación simultáneamente.

A pesar de los resultados positivos ofrecidos hasta el momento por la terapia cognitiva y la terapia conductual, los datos aún son contradictorios y se necesita clarificar qué aporta cada tratamiento. Seguramente la disparidad de resultados sea un reflejo de la heterogeneidad de los grupos de pacientes que participan en los estudios.

Referencias

- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44-52.
- Abramowitz, J.S. y Foa, E.B. (2000). Does major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD?. *Behavior Therapy, 31*(4), 795-800.
- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Street, G.P., Kozak, M.J. y Foa, E.B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 31*(3), 517-528.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.-TR)*. Washington DC, APA (Barcelona Masson, 2002).
- Arnedo, M., Roldán, L. y Morell, J.M. (1996). Aproximación psicobiológica al trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicología Conductual, 4*(3), 307-321.
- Atmaca, M., Kuloglu, M., Tezcan, E. y Gecici, O. (2002). Quetiapine augmentation in patients with treatment resistant obsessive-compulsive disorder: A single-blind, placebo study. *International Clinical Psychopharmacology, 17*(3), 115-119.

- Ball, S.G., Baer, L. y Otto, M.W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behavior Research and Therapy*, 47-51.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S.N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M. y Dartigues, J.F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 288-297.
- Cruzado, J.A. (1993). Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cruzado, J.A. (1997). Técnicas de intervención con pacientes obsesivo-compulsivos. *Ansiedad y Estrés*, 3(2-3), 289-318.
- Dougherty, D., Baer, L., Cosgrove, G.R., Cassem, E.H., Price, B.H., Nierenberg, A.A., Jenike, Michael A. y Rauch, S.L. (2002). Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 269-275.
- Eisen, J.L., Goodman, W.K., Keller, M.B., Warshaw, M.G., DeMarco, L.M., Luce, D.D. y Rasmussen, S.A. (1999). Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: A 2-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(5), 346-351.
- Franklin, M.E. y Foa, E.B. (2002). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. En Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Ed), *A guide to treatments that work* (2nd ed.) (pp. 367-386). London, England: Oxford University Press.
- Freeston, M.H. y Ladouceur, R. (1996). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Provencher, M. y Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201-215.
- Gavino, A. (2001). *Deje atrás sus obsesiones*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R. y Charney, D.S. (1989). Part I: Yale-Brown obsessive-compulsive scale: development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1.006-1.011.
- Goodman, W., Rudorfer, M.V. y Maser, J. (Ed). (2000). *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hatton, A.Y. (1999). Anxiety sensitivity, perfectionism and risk-taking: A therapeutic intervention for obsessive-compulsive disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(7-B): 3.693.
- Hood, S., Alderton, D. y Castle, D. (2001). Obsessive-compulsive disorder: Treatment and treatment resistance. *Australasian Psychiatry*, 9(2), 118-127.
- Janeck, A.S. y Calamari, J.E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 497-509.
- Jenike, M.A. (2000). An update on obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(1), 4-25.
- Kozak, M.J., Liebowitz, M.R. y Foa, E.B. (2000). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: The NIMH-sponsored collaborative study. En Goodman, W.K., Rudorfer, M.V. (Eds.), et-al. *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 501-530). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Maina, G., Albert, U. y Bogetto, F. (2001). Relapses after discontinuation of drug associated with increased resistance to treatment in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(1), 33-38.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales. Clínica y tratamientos*. Barcelona. Martínez Roca.
- McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Soechting, I., Koch, W.J., Paterson, R. y Anderson, K.W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 205-214.
- Navarro, J.F. y Puigcerver, A. (1998). Bases biológicas del trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicología Conductual*, 6(1), 79-101.
- Newth, S. y Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 457-464.
- Neziroglu, F., Yaryura-Tobias, J.A., Walz, J. y McKay, D. (2000). The effect of fluvoxamine and behavior therapy on children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10(4), 295-306.
- Ochsner, K.N., Kosslyn, S.M., Cosgrove, G.R., Cassem, E.H., Price, B.H., Nierenberg, A.A. y Rauch, S. (2001). Deficits in visual cognition and attention following bilateral anterior cingulotomy. *Neuropsychologia*, 39(3), 219-230.
- O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F. y Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(1), 64-71.
- Park, L.T., Jefferson, J.W. y Greist, J.H. (2000). Obsessive-compulsive disorder: Treatment options. En Palmer, K.J. (Ed.). *Pharmacotherapy of anxiety disorders* (pp. 43-59). Kwai Chung, Hong Kong: Adis International Publications.
- Pigott, T.A. y Seay, S. (2000). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: Overview and treatment-refractory strategies. En Goodman, W.K., Rudorfer, V. (Ed.) et-al., *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment. Personality and clinical psychology series* (pp. 277-302). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Rachman, D.S. y Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliff, N.J.: Prentice-Hall.
- Rassin, E., Merckelbach, H. y Muris, P. (2000). *Paradoxical and less paradoxical effects on thought suppression: a critical review*. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 973-995.
- Rosqvist, J., Egan, D., Manzo, P., Baer, L., Jenike, M.A. y Willis, B.S. (2001). Home-based behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series with data. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(5), 395-400.
- Rosqvist, J., Thomas, J.C. y Egan, D. (2002). Home-based cognitive-behavioral treatment of chronic, refractory obsessive-compulsive disorder can be effective: Single case analysis of four patients. *Behavior Modification*, 26(2), 205-222.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding a treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Saxena, S., Maidment, K.M., Vapnik, T., Golden, G., Rishwain, T., Rosen, R.M., Tarlow, G. y Bystritsky, A. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(1), 21-27.
- Steketee, G y Lamb (1993). Obsessive-compulsive disorder. T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Vallejo-Pareja, M.A. (2001). Tratamientos psicologicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.
- Van Balkom, A.J.L.M., Van Oppen, P., Vermeulen, A.W., Van Dyck, R., Nauta, M.C.E. y Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 359-381.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., Newman, S.C., Oakley-Browne, M.A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U. y Yeh, E.K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Williams, T.I., Salkovskis, P.M., Forrester, E.A. y Allsopp, M.A. (2002). Changes in symptoms of OCD and appraisal of responsibility during cognitive behavioural treatment: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 69-78.
- Yaryura-Tobias, J.A., Anderson, M.C. y Neziroglu, F.A. (2000). Organicity in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 24(4), 553-565.