



Caso clínico del Departamento de Psiquiatría: Trastorno obsesivo-compulsivo

- **Compilador: José Manuel Calvo Gómez, MD., Instructor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.**

Paciente de 25 años, natural y procedente de Bogotá, casada, dedicada al hogar, quinto de bachillerato, católica.

Enfermedad actual

Asistió a la consulta externa de la Unidad de Salud Mental del Centro Hospitalario San Juan de Dios por presentar un cuadro clínico de tres años de evolución caracterizado por ansiedad asociada a una serie de ideas e imágenes intrusivas y parásitas, cuyos contenidos estaban relacionados con la agresividad y la contaminación; teniendo que efectuar una serie de actos para atenuar la ansiedad que estos pensamientos generaban. El cuadro se había iniciado con una serie de ideas relacionadas con la suciedad y contaminación de sus manos con materia fecal. Estos pensamientos, considerados absurdos por la paciente, se presentaban en forma súbita, intrusiva, en contra de su voluntad, generando gran ansiedad y obligándola a lavarse las manos muchas veces al día. Progresivamente dicha conducta empezó a ritualizarse teniendo que lavárselas siete veces seguidas, las tres primeras con jabón y agua fría, las dos siguientes con agua caliente y las dos últimas con alcohol, para luego secarlas con tres toallas diferentes que estuvieran completamente limpias. Si rompía el orden de esta secuencia tenía que empezarla de nuevo, invirtiendo una considerable cantidad de tiempo. La paciente siempre consideró este ritual como absurdo, y lo mantuvo en secreto por temor a que su familia la considerara “loca”; sin embargo, en varias ocasiones tuvo necesidad de consultar al médico debido a una dermatitis secundaria.

Asociada a esta sintomatología, durante los últimos meses presentó una serie de imágenes inicialmente relacionadas con la observación de cuchillos, en las que se veía enterrando esta arma en el abdomen de su hijo. Estas imágenes le generaron gran ansiedad y culpa, a pesar de ser consideradas como absurdas

por la paciente. La ansiedad era parcialmente aliviada a través de la ejecución de actos como golpear una mesa de madera con la cacha de un cuchillo en diez ocasiones consecutivas y luego guardarlo en un cajón vacío después de abrirla y cerrarla en tres oportunidades. La paciente empezó a evitar el contacto con los cuchillos, pero progresivamente las imágenes se hicieron más frecuentes asociándose a una gran variedad de objetos cortopunzantes y sin requerir la presencia física de los mismos para ser generadas. En consecuencia, la ansiedad y los sentimientos de culpa aumentaron, ocasionando serias dificultades en las relaciones intrafamiliares y en la realización de las actividades domésticas, que la llevaron a consultar a psiquiatría por el temor de “estarse volviendo loca”.

Antecedentes personales. Médicos: Sarampión a los siete años. Dermatitis crónica por contacto en tratamiento. Quirúrgicos: Apendicectomía a los 15 años. Gineco-obstétricos: Menarquia: 14 años; G1P1A0 V1; FUP: 7 años; Ciclos 28x3; Planifica con DIU. Traumáticos, tóxico-alérgicos, venéreos y transfusionales: No refiere.

Antecedentes familiares. Tía materna diabética, madre con cuadro clínico de depresión mayor sin psicosis, tratada; padre con rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos.

Historia personal

La paciente es la mayor de cuatro hermanos (tres mujeres y un hombre). Parto y desarrollo psicomotor dentro de límites normales. Buenas relaciones intrafamiliares, aunque con frecuencia se presentaban dificultades debido a la personalidad del padre. Inició escolaridad a los ocho años, con excelente desempeño académico. Conoció a su esposo actual a los 17 años. A los 18 años contrajo matrimonio y producto de esta relación hay un hijo de siete años. Actualmente convive con su compañero (33 años, comerciante),

manteniendo buenas relaciones con éste, aunque se han deteriorado por la enfermedad actual.

Personalidad de base

Es definida como: perfeccionista, indecisa, terca, excesivamente preocupada por el orden y la limpieza.

Examen físico: lesiones eritematosas, descamativas, pruriginosas en las manos. Resto del examen dentro de límites normales.

Examen mental: paciente impecablemente arreglada. Alteraciones a nivel del pensamiento dadas por: circunstancialidad, ideas e imágenes obsesivas asociadas a un afecto ansioso, ideas fóbicas (evitación de objetos cortopunzantes), ideas de culpa, desesperanza y muerte secundarias a la ideación obsesiva, asociadas a un afecto depresivo. No se evidenciaron ideas delirantes, alteraciones en la sensopercepción, trastornos en el sueño o en la conducta alimentaria. Resto del examen dentro de límites normales.

De acuerdo con la anterior información se efectuaron los siguientes diagnósticos según el DSM III R:

Eje I: Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Eje II: Rasgos de personalidad Obsesivo-Compulsivos.

Eje III: Dermatitis crónica por contacto.

Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial: crónico moderado (debido a deterioro en las relaciones intrafamiliares, realización de actividades domésticas).

Eje V: Evaluación global del sujeto (escala GAF):

GAF actual: 65

GAF en el último año: 80

Los exámenes paraclínicos previos al inicio del tratamiento mostraron: CH: Hb 14, Hcto 42, Leucocitos 8.000, Neutrófilos 60%, Linfocitos 37%, Eosinófilos 3%, VSG 7; Glicemia, BUN, Creatinina, SGOT, SGPT y Parcial de orina dentro de límites normales; Serología: No reactiva; EEG Y EKG normales.

Se inició manejo del cuadro en forma ambulatoria con los siguientes objetivos: controlar la sintomatología a través de fármaco y psicoterapia de apoyo; llevar a cabo una labor psicoeducativa con la paciente y la familia, evaluando y tratando los factores que intervienen en la disfunción familiar, reforzando las conductas adaptativas; realizar seguimiento para detectar y tratar los trastornos asociados y las complicaciones que se pudieran presentar.

El manejo psicofarmacológico fue iniciado con clomipramina 75 mg/día, aumentando la dosis en forma progresiva hasta 250 mg/día, observándose, a partir de la quinta semana de tratamiento combinado (fármaco y psicoterapia), mejoría cuanti y cualitati-

va en la sintomatología obsesivo-compulsiva, traducida en la reducción de las ideas e imágenes obsesivas, las compulsiones, la ansiedad, las ideas depresivas y fóbicas secundarias y en su nivel de adaptación familiar, laboral y social.

Sin embargo, se presentaron severos efectos secundarios de tipo anticolinérgico: sequedad en las mucosas, sedación, visión borrosa y constreñimiento; siendo necesario reforzar el cumplimiento de las órdenes médicas, clarificación, tranquilización y recomendaciones para manejar estos efectos y de esta forma evitar su deserción del tratamiento.

Actualmente ha completado cuatro meses de tratamiento y su calidad de vida ha mejorado en forma significativa. La sintomatología obsesivo-compulsiva se ha reducido en un 95%. Los efectos secundarios de la medicación han disminuido, mejorando su tolerancia a la misma.

¿Con cuáles trastornos debe efectuarse el diagnóstico diferencial en este caso?

Dr. Ricardo Sánchez P. (Profesor Asistente): Son varias las entidades que deben tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de un TOC. En primer lugar tenemos el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo que, al igual que el TOC, puede verse desde la temprana edad adulta, pero que se diferencia de éste porque no existen verdaderas obsesiones o compulsiones; si bien existe sobrepreocupación por detalles, indecisión y perfeccionismo, estas características son adoptadas dentro de una manera de ser del individuo, mas no como respuesta a obsesiones. Otra entidad por considerar son los trastornos depresivos en los cuales puede presentarse ideación obsesivoide, generalmente relacionada con temas dolorosos de minusvalía, culpa, muerte o suicidio, pero que se diferencian de las verdaderas obsesiones en que el paciente no las ve como parásitas, absurdas o inaceptables. En los trastornos esquizofrénicos o esquizofreniformes pueden presentarse ideas delirantes, principalmente de contaminación o de simetría derecha-izquierda, que pueden semejar obsesiones; igualmente las alucinaciones auditivas de comando, el discontrol de impulsos sexuales o agresivos, o los movimientos estereotipados, pueden ser mal interpretados y tomados por obsesiones o compulsiones. En algunos casos de trastornos fóbicos, la exposición al estímulo desencadenante genera ideas que son percibidas como absurdas, extrañas e incontrolables, lo cual las hace indistinguibles de una obsesión; en tales casos el diagnóstico diferencial depende más de la presencia de evitación (fobias) o de compulsión (TOC). En el trastorno por estrés post-traumático

(TEPT) la re-experimentación del evento traumático puede semejarse a una obsesión; sin embargo, otros síntomas del TEPT como el entumecimiento emocional, el déficit cognoscitivo y los síntomas de inestabilidad autonómica faltan en el TOC. Una entidad que debe tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial es el trastorno por tics (incluido el trastorno de Gilles de la Tourette); tales cuadros pueden incluir tics vocales o motores, simples o complejos, que por su carácter repetitivo, estereotipado y sin propósito pueden semejar compulsiones, pero se diferencian de éstas por ser involuntarios. En las crisis parciales complejas pueden presentarse ideas intrusivas, semejantes a obsesiones, o movimientos estereotipados, similares a las compulsiones, lo cual hace necesario considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial.

Si la paciente hubiese sido resistente al tratamiento, ¿cuál sería la conducta a tomar?

Dr. Franklin Escobar C. (Instructor Asociado): El uso de agentes serotoninérgicos en el tratamiento del TOC representa el avance reciente más importante en la farmacoterapia de los trastornos de ansiedad. En general, la psicofarmacoterapia disminuye las compulsiones en forma más efectiva que las obsesiones. Aunque no existe información a largo término del uso de estas sustancias, se plantea en la actualidad que estos pacientes se beneficiarían de un tratamiento farmacológico indefinido. La clomipramina reduce todos los síntomas del TOC como se observó en esta paciente. Puede producir sedación, alteraciones en la eyaculación e impotencia, aunque en general es bien tolerada. Cuando el paciente presenta muy poca o ninguna mejoría, se debe cambiar por fluoxetina, el fármaco de segunda elección en este momento, aunque requiere elevadas dosis de 60 a 80 mg/día, cantidad mayor que la dosis antidepresiva típica. Existe menos experiencia con la fluvoxamina, para la cual no hay conclusiones definitivas acerca de su efectividad y también es incierto si la sertralina provee alguna utilidad en este trastorno. La cingulotomía estereotáctica se ha ejecutado en un pequeño número de pacientes con TOC severo y refractario al tratamiento usual, un 25 a 30% de estos pacientes han tenido una mejoría sustancial.

¿Cuáles modalidades de terapia conductual pueden emplearse en estos casos?

Dr. Alejandro Múnera (Instructor Asociado): El tratamiento conductual para personas con TOC recurre a una serie de técnicas diseñadas para cumplir con tres objetivos fundamentales: en primer lugar, disminuir la intensidad de la respuesta de ansiedad ante estímulos desencadenantes como objetos (v.gr. ropa sucia),

pensamientos (v.gr. fantasías sexuales), situaciones (v.gr. tocar la mano de un enfermo), lugares (v.gr. un baño público), o sensaciones corporales (v.gr. sensación de nariz tapada). Para los estímulos externos se utiliza la exposición *in vivo*, en la cual se enfrenta al paciente deliberada y repetidamente al estímulo desencadenante, bajo supervisión, apoyo y modelamiento por parte del terapeuta. En los pensamientos se emplea la inundación imaginaria, para ello se estimula la generación de pensamientos ansiogénicos en presencia del terapeuta, o se propone escuchar repetidamente grabaciones del contenido de tales pensamientos. Para los estímulos interoceptivos se usa la exposición interoceptiva, haciendo que el paciente afronte la sensación corporal específica.

En segundo lugar, reducir la frecuencia de conductas ritualizadas repetitivas abiertas o encubiertas, empleadas como mecanismos reductores de ansiedad. En el caso de respuestas abiertas se emplea la prevención de respuesta, para lo cual se asignan tareas de dificultad creciente dirigidas a diferir o restringir la ejecución de rituales ante estímulos generadores de ansiedad. Para respuestas encubiertas (rituales cognoscitivos), se prescribe la técnica de detención del pensamiento, en el cual se entrena al paciente para utilizar conductas abiertas (v.gr. apretar las manos) o encubiertas (v.gr. órdenes internas de alto), para interrumpir pensamientos repetitivos.

En tercer lugar, fomentar la adquisición e incrementar la frecuencia de conductas alternas (abiertas o encubiertas) más adaptativas. Para suplantar rituales conductuales se prescriben actividades distractivas, tales como escuchar música. Para reemplazar los rituales cognoscitivos se entrena al sujeto en aserciones encubiertas, tales como pensamientos reconfortantes o de reaseguramiento.

Este tratamiento ha demostrado, en estudios controlados, una efectividad del 50 a 70% alcanzándose una disminución significativa de la sintomatología obsesivo-compulsiva durante períodos de hasta seis años.

¿Cuáles son las características clínicas del TOC cuando se presenta en los niños?

Dr. Jorge Rodríguez Losada (Residente II año): En los últimos años se ha observado que la frecuencia de este trastorno es más común entre la población infantil de lo que en un principio se había pensado. Pero, como en esta paciente, existe la tendencia a disimular esta enfermedad entre quienes la sufren, de forma tal que son capaces de efectuar sus rituales anti-ansiedad sin que el núcleo familiar se de cuenta

de ello. Parece que la principal característica de los niños con TOC es el ocultamiento de los síntomas, porque piensan que no se les va a comprender.

Si bien el núcleo sintomático de la enfermedad permanece constante a lo largo de la vida, diversos estudios muestran que en la niñez son más frecuentes los rituales de conteo, chequeo y movimiento, mientras que entre los adolescentes es la compulsión a lavarse y en los adultos la rumiación del pensamiento.

En el paciente joven con TOC existe una constante preocupación y duda acerca de los temas más simples, manifestándose a través de preguntas constantes sobre cómo estar seguro de algo, sin que pueda sentirse satisfecho con ninguna respuesta que, por otra parte, siempre le dejará dudas sobre la veracidad de la misma.

Con frecuencia estos pacientes presentan alteraciones en el humor mostrándose desagradables con los demás, su lenguaje es pedante, tienen un código moral muy rígido y exhiben agresividad hacia los familiares que de alguna manera participan en los rituales.

Algunos estudios han mostrado que la mitad de estos pequeños pacientes presentan fobias. El cuadro clínico varía de acuerdo con la situación y puede disminuir o desaparecer tras un cambio de lugar del niño.

Es necesario que el médico se familiarice con las manifestaciones clínicas del trastorno y, en la mayoría de los casos, deberá explorarlas en forma sistemática, ya que es excepcional que el propio paciente infantil las comunique.

COMENTARIO

Se trata de una mujer de 25 años con un cuadro clínico de tres años de evolución, cuyas características cumplen con los criterios del DSM III R para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)(1):

Presencia de obsesiones: ideas e imágenes de contaminación y agresión persistentes, experimentadas como invasoras y sin sentido. La paciente intentó neutralizarlas con conductas rituales. Igualmente reconoció que las obsesiones son el producto de su propia mente y que no venían impuestas desde el exterior (tal como ocurre en la inserción del pensamiento). El contenido de las obsesiones fue independiente de las ideas depresivas y fóbicas, que si bien estuvieron presentes, fueron secundarias al diagnóstico principal del Eje I, sin llegar a configurar un trastorno depresivo o fóbico.

Presencia de Compulsiones: conductas repetitivas finalistas e intencionales como aseo de las manos,

tocar, abrir y cerrar un cajón, que se efectuaron como respuesta a una obsesión de acuerdo con determinadas reglas; ésta conducta fue diseñada para neutralizar o impedir el malestar o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, la actividad no fue realista o fue claramente excesiva. La paciente reconoció que su conducta era excesiva o irrazonable.

Las obsesiones y compulsiones produjeron marcado malestar, pérdida de tiempo e interfirieron significativamente con la rutina habitual, las actividades sociales y en las relaciones con los demás.

Hace unos años se consideraba que el TOC era una enfermedad rara. Sin embargo, recientes estudios llevados a cabo en diferentes partes del mundo han sugerido que es 50 a 100 veces más común que lo considerado previamente y dos veces más frecuente que la esquizofrenia o el trastorno de pánico en la población general(2-5). La subestimación previa del trastorno pudo deberse a la resistencia de los pacientes a divulgar sus síntomas y buscar tratamiento, como en este caso. La prevalencia a lo largo de la vida del TOC es aproximadamente 2,5% y la prevalencia en seis meses para la población general es 1,6% (3, 4). Afecta con igual frecuencia a hombres y mujeres; sin embargo, cuando el trastorno se inicia en la infancia es más frecuente en hombres, con una razón hombres:mujeres de 2:1(4, 6, 7). La prevalencia es mayor en personas solteras, desempleadas y en las clases socioeconómicas bajas, así como en los hijos únicos y los hermanos mayores(3, 4, 8), como en este caso.

Como consecuencia del trastorno, la paciente presentó un grado significativo de disfunción marital que no llegó hasta el divorcio. Este fenómeno se ha observado en diferentes estudios (3-5).

Con frecuencia el TOC se inicia a los 20 años de edad. Los hombres tienen un inicio más temprano : 19,5 años, comparado con las mujeres: 22 años. El 65% de los pacientes desarrollan la enfermedad antes de los 25 años, a veces tan temprano como a la edad de dos años. Menos del 15% de los pacientes la desarrollan después de los 35 (3-8).

El trastorno de la paciente se inició sin un evento estresante aparente que lo precipitara, lo cual se observa en el 70% de los pacientes. Las obsesiones más frecuentes en el TOC son: contaminación (50% de los pacientes), duda patológica (40%), somáticas, de agresión, necesidad de simetría, sexuales y religiosas. Sin embargo, el 70% de los pacientes presenta múltiples obsesiones (3-10), como en este caso.

Las compulsiones que con mayor frecuencia se presentan en el TOC son: chequear (60% de los pacientes), limpiar (50%), contar, necesidad de confesar, simetría y precisión, acumular objetos y compulsiones múltiples (60%), como en este caso. En la mayoría de los pacientes las compulsiones tienden a constituirse en verdaderos rituales y pueden ocasionar problemas médicos como la dermatitis de contacto en nuestra paciente (3-9).

En algunos pacientes se ha informado un enlentecimiento obsesivo primario que consiste en una serie de obsesiones que generan poca resistencia o ansiedad. Esto conduce a una ejecución extremadamente lenta de todas las actividades rutinarias, deteriorándose el funcionamiento diario. Estos pacientes, en algunas ocasiones, gastan tres o cuatro horas diarias en actividades como la afeitada o el baño (3-5).

La paciente presentó una serie de síntomas depresivos como ideas de culpa, desesperanza y muerte asociadas a un afecto depresivo. Estos síntomas fueron secundarios y reactivos al TOC y sin la suficiente intensidad o frecuencia como para ameritar un diagnóstico adicional de trastorno del afecto. Esta observación también es válida para algunos elementos fóbicos manifestados por la paciente. Sin embargo, los estudios han mostrado que el 65% de los pacientes con TOC tienen antecedentes de una depresión mayor, mientras que en el 30% está presente en el momento de la primera evaluación. La mayoría (85%) tiene un trastorno afectivo secundario al TOC, mientras que el 15% parece tener una depresión unipolar concurrente. Otros trastornos que pueden presentarse asociados al TOC son las fobias simple y social, el trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos de la conducta alimentaria, abuso y dependencia de alcohol y síndrome de la Tourette. Cuando estas condiciones coexisten con el TOC pueden influir el curso de la enfermedad y afectar la elección y prioridad del tratamiento (3-5, 8-12).

Los rasgos de personalidad que con mayor frecuencia se observan en los pacientes con TOC son: dependiente, evitativo, pasivo-agresivo y mixtos. La personalidad obsesivo-compulsiva se asocia al TOC, como en este caso; sin embargo, no guarda una relación uno a uno y la presencia de ésta tiene pocas implicaciones en cuanto al pronóstico del trastorno. Las personalidades esquizotípica, paranoide y límitrofe son raras en el TOC, pero parecen estar asociadas con un pronóstico pobre (4, 13-15).

El curso del TOC usualmente es crónico. El cuadro clínico en el 85% de los casos es continuo, el 10% empeora con el tiempo y en el 2% es episódico. Un pronóstico pobre está asociado a la presencia de

compulsiones, inicio en la infancia, compulsiones extrañas y la necesidad de hospitalización. Por otra parte, son factores de buen pronóstico una buena adaptación social, la ausencia de compulsiones en presencia de obsesiones, la evidencia de un evento precipitante, la corta duración de los síntomas antes de la primera evaluación y la naturaleza episódica de los síntomas (4, 8).

El diagnóstico diferencial debe efectuarse con trastornos psiquiátricos como depresión mayor, esquizofrenia, fobias y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, así como con trastornos somáticos, entre los cuales se encuentran el síndrome de Gilles de la Tourette, la encefalitis letárgica (enfermedad de von Economo), la enfermedad de Parkinson, el síndrome de Meigs, la enfermedad cerebrovascular, las neoplasias cerebrales, la corea de Sydenham, el trauma cerebral, el síndrome de Klüver-Bucy, la intoxicación por anfetaminas, el síndrome demencial, el trastorno orgánico de personalidad y las crisis parciales complejas (3, 8, 12). La historia clínica y los exámenes clínicos y paraclínicos permitieron descartar estos trastornos en la paciente.

El abordaje terapéutico de los pacientes con TOC debe realizarse desde los puntos de vista psicofarmacológico y psicoterapéutico. El medicamento que ha mostrado mayor eficacia en el tratamiento del TOC es la clomipramina, un antidepresivo tricíclico que bloquea la recaptación de norepinefrina y serotonina a nivel sináptico, siendo mayor el bloqueo de la última. Las dosis terapéuticas son similares a las empleadas en el tratamiento de la depresión: 150-300 mg/día. La mejoría clínica se observa en las primeras semanas de tratamiento, pero debe mantenerse la medicación, en dosis apropiadas, durante 10 a 12 semanas antes de considerar un posible cambio de psicofármaco. Despues de conseguir el alivio de la sintomatología, el medicamento deberá mantenerse en dosis terapéuticas durante un año y luego disminuir progresivamente la dosis en 50 mg cada dos meses hasta suspenderlo (3, 5, 16-18).

Se han empleado otros medicamentos para el tratamiento del TOC, especialmente la fluoxetina y la sertralina, con buenos resultados (16, 17, 19, 20). En caso de una respuesta deficiente a los antidepresivos se pueden añadir otros fármacos para potenciar su efecto antiobsesivo, como carbonato de litio, clonazepam, trazodone, alprazolam, buspirona, metilfenidato y clonidina, entre otros (16, 21-23).

Conjuntamente al manejo psicofarmacológico debe efectuarse un abordaje psicoterapéutico, especialmente psicoterapia de apoyo y terapia conductual. En la primera, se realiza clarificación, sugerión,

tranquilización y reforzamiento de las conductas y estrategias de enfrentamiento adaptativas del paciente y su familia. En la terapia conductual se implementan diversas técnicas como la exposición *in vivo* con prevención de respuesta (modelamiento participante e inundación), condicionamiento aversivo y procedimientos de desensibilización, entre otras. En algunos casos en donde se presenta una disfunción familiar severa secundaria al TOC, se debe recurrir a la terapia de familia o de pareja (3, 8, 9, 24).

Diferentes estudios han comprobado que la combinación de psicofármaco y psicoterapia permite una mejoría más rápida de la sintomatología que si se empleara una sola modalidad terapéutica, así como

una reducción significativa de las recaídas a largo plazo (9, 16, 24).

Algunos pacientes presentan un cuadro clínico cuya sintomatología es muy severa, crónica e incapacitante y son resistentes al tratamiento convencional. En estos casos se han empleado con relativo éxito las técnicas neuroquirúrgicas de cirugía estereotáctica como la leucotomía límbica estereotáctica y la capsulotomía interna anterior. Sin embargo, es necesario anotar que estos procedimientos están indicados cuando se han agotado todos los recursos terapéuticos disponibles y que, si bien los pacientes presentan mejoría del TOC con mínimas secuelas neurológicas, la información disponible en la literatura es de tipo anecdótica (25, 26).

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: DSM III R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition, revised. American Psychiatric Association. Washington DC. 1987.
2. Stoll A, Tohen M, Baldessarini R. Increasing frequency of the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1992; 149: 638-640.
3. Israni T, Janicak P, Davis J. Obsessive compulsive disorder. In: Flaherty J, Davis J, Janicak P. Psychiatry, Diagnosis & Therapy. 2nd edition. Connecticut. Appleton & Lange. 1993; 145-155.
4. Rasmussen S, Eisen J. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clin NA 1992; 15: 743-758.
5. Kaplan H, Sadock B. Anxiety disorders. In: Williams & Wilkins, Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 6th edition. Baltimore 1991; 389-415.
6. Leonard H, Swedo S, Lenane M. A 2-to-7 year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. Arch Gen Psychiatry 1993; 50(6): 429-439.
7. Ochoa E. Trastornos Obsesivo-Compulsivos. En: Fuentenebro F, Vázquez C. Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Ia. edición. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill 1990; II: 729-746.
8. Uhde T, Nemiah J. Obsessive-compulsive disorder. In: Williams & Wilkins, Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Testbook of Psychiatry. 5th Ed. Baltimore 1987; I: 984-1000.
9. Vallejo J. Estados Obsesivos. Ia. edición. Salvat, Barcelona 1987.
10. Epstein S, Jenike M. Disabling urinary obsessions: An uncommon variant of obsessive-compulsive disorder. Psychosomatics 1990; 31: 450-451.
11. Pigott T, Altemus M, Rubenstein Ch. Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1991; 148: 1552-1557.
12. George M, Trimble M, Ring H. Obsessions in obsessive-compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette disorder. Am J. Psychiatry 1993; 150: 93-97.
13. Black D, Noyes R, Pfohl B et al. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. Am J Psychiatry 1993; 150(8): 1226-1232.
14. Ricciardi J, Baer L, Jenike M. Changes in DSM III R axis II diagnoses following treatment of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1992; 149(6): 829-831.
15. Baer L, Jenike M. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clin NA 1992; 15(4): 803-812.
16. Jenike M, Pharmacologic treatment of obsessive compulsive disorders. Psychiatric Clin NA 1992; 15(4): 895-920.
17. Peroutka S, Sleight A, McCarthy B. The clinical utility of pharmacological agents that act at serotonin receptors. Journal of Neuropsychiatry 1989; 1(3): 253-262.
18. Pato M, Pigott T, Hill J. Controlled comparison of buspirone and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1991; 148(1): 127-129.
19. Jenike M, Baer L, Summergrad P. Sertraline in obsessive-compulsive disorder: A double-blind comparison with placebo. Am J Psychiatry 1990; 147(7): 923-928.
20. Jenike M, Butolph L, Baer L. Open trial of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1989; 146(7): 909-911.
21. Grady T, Pigott T, L'Heureux F. Double-blind study of adjuvant buspirone for fluoxetine-treated patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1993; 150(5): 819-821.
22. McDougle C, Goodman W, Leckman J. Limited therapeutic effect of addition of buspirone in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1993; 150(4): 647-649.
23. Markowitz P, Stagno S, Calabrese J. Buspirone augmentation of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1990; 147(6): 798-800.
24. Dar R, Greist J. Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clin NA 1992; 15(4): 885-894.
25. Mindus P, Jenike M. Neurosurgical treatment of malignant obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clin NA 1992; 15(4): 921-938.
26. Martuza R, Chiocca E, Giriuna I. Stereotactic radiofrequency thermal cingulotomy for obsessive compulsive disorder. Journal of Neuropsychiatry 1990; 2: 331-336.