

## Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica

González Santos, M.; Vicente Alba, J.; Román Fernández, E.;  
Ortega Ruibal, F.; Alberdi Sudupe, J.

Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

---

**Palabras clave:** TOC, gemelos, genética, ambiente, aprendizaje.

### Introducción

Aunque la etiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) permanece desconocida, existe una gran evidencia sobre la existencia de bases genéticas con riesgo de agregación familiar y heredabilidad<sup>(2)</sup>. Los estudios en gemelos delimitan parcialmente entre las influencias ambientales y genéticas, dando cifras de concordancia para TOC entre 53-87% en monocigotos y 22-47% para dicigotos. Esta transmisión incompleta en gemelos indica que existen otros factores que influyen en la etiopatogenia del TOC<sup>(1)</sup>.

Resaltamos la numerosa psicopatología presente entre los familiares de los pacientes obsesivos, entre la que destacan los frecuentes antecedentes familiares de TOC y otros trastornos de ansiedad y depresión<sup>(4)</sup>. Hettrema y cols.<sup>(5)</sup>, tras realizar un meta-análisis, hallaron una asociación significativa entre padecer TOC y tener un pariente con el mismo trastorno en la familia. Aunque la agregación familiar del trastorno podría estar relacionada con factores genéticos, no debe obviarse la influencia de los actores socioculturales, y entre ellos el posible papel del entorno familiar como variable ambiental moduladora de la conducta<sup>(6)</sup>. La influencia del estilo educativo recibido en la infancia en pacientes con diagnóstico de TOC no son concluyentes<sup>(7)</sup>. Los resultados obtenidos en muestras subclínicas tienden a señalar que los sujetos con elevadas puntuaciones en los test de obsesividad perciben un mayor nivel de sobreprotección y rechazo, así como una menor

expresión de afecto, en sus progenitores que los controles sanos<sup>(8)</sup>. En cuanto a las muestras clínicas, Hafner<sup>(9)</sup> refiere que los pacientes con TOC describen un mayor nivel de sobreprotección parental que los controles sanos, mientras Hoekstra y cols.<sup>(10)</sup> señalan en los TOC una percepción mayor de rechazo y menor de afecto, en este trabajo únicamente los sujetos obsesivos con temores de contaminación y rituales de lavado percibían una mayor sobreprotección por parte de sus progenitores que los controles sanos.

Desde perspectivas conductuales se ha hecho hincapié en la influencia de diversos factores de aprendizaje social en la patogenia del trastorno. La perspectiva de la teoría de aprendizaje y los modelos conductistas contribuye a explicar de forma convincente el mantenimiento de los rituales obsesivos, pero no la eclosión de los pensamientos obsesivos, cuya génesis es mucho más incierta<sup>(3)</sup>.

### Material y métodos

Se realiza la exposición de dos casos clínicos de gemelos monocigóticos con diagnóstico de TOC con manifestaciones sintomáticas muy parecidas en ambos pacientes, y análisis de la bibliografía existente sobre el tema mediante una búsqueda en PubMed.

### Resultados

Se trata de dos varones de 15 años, gemelos, naturales de Uruguay y residentes en España desde hace 8 años. Estudiantes de 4º ESO, con buen rendimiento académico. Acuden a la Uni-

dad de Salud Mental Infanto-Juvenil remitidos por su Pediatra, por presentar clínica ansiosa, dificultades en las relaciones sociales y síntomas obsesivo-compulsivos.

Entre los **antecedentes personales** lo único a destacar es que ambos presentan asma bronquial a tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados.

**Personalidad premórbida** de ambos gemelos caracterizada por perfeccionismo, autoexigencia, inseguridad, timidez, temor obsesivo al fracaso académico y rasgos ansiosos. Mantienen una relación muy simbiótica y dependiente entre ellos, con tendencia a autoexcluirse de otras personas y evitar relaciones sociales.

Existen entre los **antecedentes familiares**, por rama materna, familiares con clínica psicótica. Sin familiares con sintomatología de estirpe obsesiva.

**Enfermedad actual y exploración psicopatológica:** Los síntomas obsesivo-compulsivos se iniciaron primero en uno de los gemelos, pasando inicialmente desapercibidos, y un tiempo después el otro comenzó a presentar los mismos síntomas. La madre refiere que “es como si se copiasen y se estimulasen en los síntomas”.

Llama la atención esta identidad en la sintomatología, presentando obsesiones y compulsiones idénticas en ambos: rituales relacionados principalmente con la limpieza y contaminación, sobre todo en el cuarto de baño. Necesitan quitarse toda la ropa para defecar, presentan lavado de manos compulsivo, con gasto de grandes cantidades de jabón y dedicación de mucho tiempo a la higiene. Ritualización del acto de ducharse, siguiendo siempre un orden concreto por las zonas del cuerpo. Retiran siempre la alfombrilla del suelo por miedo a que esté contaminada y no tocan las zonas de la ropa que están en contacto directo con los genitales o la región anal. Presentan obsesiones de duda y compulsiones de verificación (comprobar luces, puertas, repasos mentales, etc.). Los síntomas en ambos son egosintónicos, se potencian entre ellos,

no los reconocen como inadecuados ni que no interfieran en su vida diaria.

**Tratamiento y evolución:** Se inicia tratamiento con ISRS (Fluoxetina hasta dosis de 20 mg/día en uno de los gemelos y Sertralina hasta dosis de 50 mg/día en el otro) en combinación con tratamiento psicoterapéutico con el Psicólogo de la USM. La evolución clínica en ambos es favorable, con mejoría de la clínica ansiosa y disminución de la intensidad y frecuencia de los rituales de limpieza.

## Conclusiones y discusión

La etiología del TOC parece ser multifactorial, algo que aparece como constante en toda la bibliografía revisada, no habiéndose podido establecer ni el modo de transmisión ni los genes implicados hasta el momento. Las principales limitaciones de los estudios de agregación familiar revisados son el reducido número de pares de gemelos estudiados, las diferencias metodológicas y la ausencia de estudios de adopción, las cuales dificultan distinguir de forma clara, entre el componente genético y el ambiental.

La aproximación etiológica del TOC ha pasado desde una visión psicodinámica a otra neurobiológica complementada con las aportaciones cognitivo-conductuales que permiten entender el mantenimiento de la conducta y los rituales obsesivos<sup>(5)</sup>.

En los casos clínicos expuestos, es muy llamativo que los síntomas sean idénticos en ambos gemelos. Para explicar esta coincidencia, es posible que a la expresión de los factores genéticos se asocie posteriormente el aprendizaje de los comportamientos, dependiente de variables ambientales (modelo conductista). Hemos encontrado muy pocos estudios sobre un fenotipo concreto asociado a la transmisión familiar en la bibliografía revisada, así como de estudios que comprendan varios modelos etiológicos para configurar un modelo holístico del TOC. Pensamos que sería de gran interés realizar estudios que profundicen

en el papel que las variables sociales y culturales pueden desempeñar en su desarrollo, en interacción con factores biológicos y genéticos.

### Bibliografía

1. Iervolino A, Rijsdijk F, Cherkas L, Fullana M, Mataix-Cols D. *A Multivariate Twin Study of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions*. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(6):637-644.
2. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry. 2005; 162(2):228-238.
3. Vallejo Ruiloba J, Berrios G. *Estados obsesivos*. Ed. Masson. Barcelona. 3ª Edición.
4. Nestadt G, Samuels J, Riddle MA, Liang KY, Bienvenue OJ, Hoehn-Saric R, et al. *The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study*. Psychol Med. 2001; 31: 481-7.
5. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. *A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders*. Am J Psychiatry. 2001;158:1568-78.
6. Alsobrook JP, Pauls DL. Genética del trastorno obsesivo-compulsivo. En: Jenike MA, Baer L, Minichello WE, editores. *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico* Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.; 2001.
7. Rasmussen S, Tsuang M. *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychiatry. 1984; 45: 450-7.
8. Eiobuche I. *Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns among the Greek, Italian and Anglo-Australian subjects*. Acta Psychiatr Scand. 1988; 78: 115-20.
9. Hafner RJ. *Obsessive-compulsive disorder: a questionnaire survey of a self-help group*. Int J Soc Psychiatry. 1988; 34:310-5.
10. Hoekstra RJ, Visser S, Emmelkamp PMG. *A social learning formulation of the etiology of obsessive-compulsive disorders*. En: Emmelkamp PMG y cols., editores. Fresh perspectives on anxiety disorders (Annual series of European Research in Behaviour Therapy, vol. 4.) Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1989. p. 115-23.