

Carlos A. Morra
Psicopatología general.
Semiología del pensamiento

CAPÍTULO 11
IDEAS OBSESIVAS:

IDEAS OBSESIVAS

El uso del término obsesión, en el campo de la medicina, se rastrea desde la edad media, su origen se encuentra a partir de la palabra latina *obsesio*, que fue utilizada en ciertas situaciones que resultan similares a las del uso coloquial en la actualidad, aunque algunos autores consideran que Wartburg en 1799, fue quien le otorgó el significado psicopatológico actual (Berrios, 2002; Cía, 2009).

Otro término habitual en español es el de anancasmos (ej. pensamiento anancástico), cuyo origen proviene de la palabra griega *Ananké* (ανάγκη: fatalidad, obsesión) y es empleado, en psiquiatría para designar a los estados obsesivos y fóbicos, sin embargo estos términos no son los únicos que han sido utilizados a lo largo de la historia, algunos ejemplos son las ideas fijas de Buccola (1880), las ideas incoercibles de Tamburini (1880), los delirios abortivos (Abortive Verrücktheit) de Meynert (1877), la paranoia rudimentaria de Morselli y Krafft-Ebing (1885) y las ideas imperativas de Hack-Tuke (1894) (Buccola, 1880; Tamburini, 1880; Hack Tuke, 1894; Pitres y Régis, 1897; Morselli, 1885; López Ibor, 1966).

Jean Etienne Dominic Esquirol (1838), las denomina monomanía sin delirio o monomanía instintiva y las describe de la siguiente forma: “*La voluntad se lesiona: el paciente, fuera de lo común, está encadenado a actos que ni la razón o el sentimiento originan, que la conciencia reprocha y que la voluntad ya no tiene la fuerza para reprimir*”, en su descripción quedan manifiestas algunas de las características principales: “*que son involuntarias, irresistibles e incontrolables*” (Esquirol, 1838).

Según su hijo Jules (1866), fue Jean Pierre Falret quien inicialmente describe la locura de duda (folie du doute), luego Henri Legrand du Saule (1875) denomina a su libro: “*La locura de duda con delirio de tocar*”, haciendo hincapié en otro de los aspectos más importantes y llamativos de las obsesiones, que es la indecisión (Falret, 1866; Legrand du Saule, 1875).

Carl Westphal (1871), describió a las obsesiones como ideas parasitas en un intelecto intacto, que se introducen en los procesos mentales normales o ideación, en contra de su voluntad (Westphal, 1871).

Joseph Guislain (1880), uno de los autores clásicos franceses, describió una forma especial de delirio en la que el paciente puede discriminar la irrealidad de sus pensamientos, no respondiendo a la definición propia del delirio, y que el denomina de dos maneras, una: *delirio con conciencia* (délire avec conscience) y la otra aun más clara:

delirio sin delirio. De acuerdo con los ejemplos citados, el autor parece haber estado refiriéndose a las ideas obsesivas (Guislain, 1880).

Carl Schneider (1930) caracteriza a las obsesiones como “*contenidos de la conciencia que cuando ocurren son acompañados por la experiencia de compulsiones subjetivas, y que no pueden deshacerse de ellas, a pesar de que al reflexionar en calma son reconocidas como sin sentido*” (Schneider, 1930).

Kurt Schneider (1936), las describe como “*los pensamientos se imponen y ello sin que el interesado opine que le son impuestos por otra persona, como ocurre en la influencia del pensamiento; y, por otra parte, que los pensamientos sean al mismo tiempo reconocidos como faltos de lógica, que frente a ellos exista crítica*”, sin embargo el incorporó en esta categoría a una serie de pensamientos que no cumplían con estas características describiendo: “*En la mayoría de los casos se trata de pensamientos a cuyo contenido, el sujeto no opone su crítica y se le imponen duraderamente sin fundamentación suficiente ocultándole todo lo demás*”, planteando posteriormente que no existe un límite preciso con las ideas sobrevaloradas (Schneider, 1942).

John Pollit (1957), puso énfasis en el hecho de que las ideas obsesivas son ajenas al psiquismo y que los pensamientos son egodistónicos (desagradables) (Pollit, 1957).

Michael Alan Taylor (1981) define a las obsesiones como: “*Pensamientos no deseados o impulsos, persistentes, perturbadores que el paciente reconoce que son absurdos, pero no puede resistirse a ellos*” (Taylor, 1981).

Podríamos ampliar definiéndolas como: “**Pensamientos, imágenes e impulsos sin sentido, no deseados y frecuentemente muy desagradables o contrarios a la forma habitual de pensar, que invaden la mente, que son reconocidos como erróneos o exagerados por el paciente mismo, quien comprende su carácter anormal e intenta rechazarlas, a menudo infructuosamente**” (Betta, 1981; Cia, 2009).

Los pacientes suelen intentar ocultar la presencia de ideas obsesivas, Newt y Rachman (2001) describió este fenómeno como consecuencia de la asociación de las ideas intrusas a una posible implicancia catastrófica personal, aunque también parece estar vinculado a la vergüenza que surge, ya sea por el reconocimiento de la anormalidad de las ideas, o por el contenido desagradable u ofensivo de las mismas (Newt y Rachman, 2001).

Algunos pacientes describen el temor de no poder controlarse y actuar de acuerdo con las obsesiones, este temor es mayor mientras más creíble sea para el paciente el contenido de sus obsesiones y puede llegar a producir que se eviten todas las situaciones que actúan como gatillo de sus obsesiones (Purdon y Clark, 1994).

Cabaleiro Goas (1966), realiza un exhaustivo análisis de las características de las obsesiones, según el estas:

A- Emanan del propio Yo: El paciente reconoce que las ideas, pensamientos o impulsos, provienen del mismo, coincidiendo con su opinión, López Ibor (1966), afirma que “*el paciente, no siente las ideas obsesivas como ajenas, como un pensamiento injertado, sino como propias pero perturbadoras*” (López Ibor, 1966).

B-Imposición compulsiva: Los pensamientos obsesivos obligan a quien los padece,

inexorablemente a ceder ante las ideas, los impulsos, a los sentimientos o representaciones, de manera reiterada y persistente, a pesar de los esfuerzos que este haga de resistirse (Cabaleiro Goas, 1966).

C-Lucha Interna: Los mecanismos que el paciente utiliza para tratar de controlar las ideas obsesivas, producen que se establezca una verdadera lucha interna, esto hace que el paciente sienta que en el cohabitan dos fuerzas contrapuestas que se enfrentan entre sí (Cabaleiro Goas, 1966).

D-Absurdidad o falta de sentido: las ideas obsesivas presentan frecuentemente un contenido que resulta ilógico o absurdo para el paciente y para las demás personas, aunque pueden ser también preocupaciones reales que persisten en el pensamiento más allá del tiempo razonable. Acerca de esto último, el sistema AMDP (arbeitsgemeinschaft für methodic und documentation in der psychiatrie) (1980) establece que los pensamientos pueden no carecer necesariamente de sentido, aunque si, su persistencia y penetrancia; estableciendo que estas ideas son reconocidas como excesivas o desproporcionadas por los pacientes mismos (Cabaleiro Goas, 1966; AMDP, 1980).

E-Reiteración (iteración): El fenómeno obsesivo se reitera o persiste, se presenta la misma o las mismas ideas, uno y otra vez, en el campo de la conciencia (Cabaleiro Goas, 1966).

El contenido es variable, pudiendo condicionar al estado de ánimo del paciente, ya que cuando persisten pensamientos de contenido pesimista o egodistónicos, el paciente suele presentar ánimo depresivo, mientras que, en el caso contrario, el ánimo se presenta sin alteraciones (Reynolds y Salkovskis, 1992).

Las ideas obsesivas han sido clasificadas de manera diferente a lo largo del tiempo, por muchos autores, que tuvieron en cuenta algunos de los aspectos que antes presentamos, por ejemplo, de acuerdo con su contenido utilizando el análisis factorial, Pinto et al (2007), las clasificaron en:

- Simetría/orden
- Acumulación (hoarding)
- Dudas/chequeos
- Contaminación/limpieza
- Pensamiento tabú (Pinto et al., 2007)

Posteriormente, Schwartzman et al (2017), basándose en las descripciones anteriores, intentaron discriminar cuáles eran las ideas que provocaban más impacto en la calidad de vida de los pacientes y propusieron, de acuerdo con sus hallazgos, clasificarlas en:

- Contaminación
- Simetría
- Acumulación
- Excesiva responsabilidad por el daño
- Tabú (Schwartzman et al., 2017)

Una de las escalas más frecuentemente utilizadas para evaluar al trastorno obsesivo-compulsivo es la escala (Y-BOCS), de acuerdo con ella, las categorías de obsesiones son:

- Agresivas

- Duda patológica
- Contaminación
- Sexuales
- Acumulación
- Religiosas
- Simetría
- Somáticas
- Misceláneas (Goodman et al., 1989)

Por lo tanto, una posible clasificación más amplia, siempre basada en las características del contenido puede ser variable proponiéndose la siguiente (Tabla 19):

Tabla 19. Tipos de Contenidos de las Obsesiones

<u>Clasificación de las obsesiones de acuerdo con el contenido</u>	
Ideas de contaminación ¹	Duda patológica ¹
Necesidad de simetría o perfección ²	Religiosas ¹
Responsabilidad ^{1,3}	Escrúpulos ^{1,3}
Obsesiones somáticas ¹	Obsesiones sexuales ¹
Obsesiones agresivas ¹	Acumulación ⁴
Perdida de control ³	

¹Yaryura-Tobias y Neiziroglu, 1997; ²Moritz et al., 2002; ³Rhéaume et al., 1995; ⁴Goodman et al., 1989.

Las ideas de contaminación se basan en la creencia de que todo a su alrededor está sucio o contaminado con gérmenes, materiales tóxicos, heces, etc. por ejemplo una ama de casa advierte que la cocina que había limpiado hace cinco minutos, estaba contaminada con gérmenes nuevamente, por lo que se preparaba para limpiarla otra vez, utilizando cada vez desinfectantes más poderosos

En el caso de la duda patológica, el pensamiento posee una estructura dialéctica particular, las preguntas y las dudas que el paciente se plantea, nunca llegan a satisfacerlo, las conclusiones, que terminan el debate interno, nunca son suficientes, solo pueden suspender el proceso dialéctico momentáneamente, para que, luego vuelva a comenzar (López Ibor, 1966). La duda puede conducir en general a conductas de chequeo, los pacientes pueden preocuparse de que las acciones que no pueden asegurar haber hecho pueden tener consecuencias. Por ejemplo, un paciente llegaba a consultar cuarenta veces a su psiquiatra, ya que dudaba acerca de su propia condición física, a pesar de que el facultativo le explicaba que no tenía nada, al llegar a su domicilio, continuaba con la duda, pensando que su médico podía estar errado o no haber comprendido la explicación que le había dado de manera correcta, por lo que sentía la necesidad de llamarlo telefónicamente nuevamente.

Las ideas de simetría o perfección se caracterizan por la creencia de que los objetos deben colocarse de manera simétrica u ordenada, que las acciones o procedimientos, deben

realizarse en forma precisa o perfecta. Por ejemplo, un paciente refería no poder abandonar su casa hasta no haber ordenado los broches de la ropa a una distancia, exactamente igual entre ellos y la pared. Otra paciente sentía que no había revisado las cuentas de sus gastos de manera adecuada y que debía hacerlo nuevamente hasta que estuviera segura de que estaban correctas.

Las ideas obsesivas religiosas pueden ser confundidas con las ideas delirantes místicas, debido a que en ocasiones suelen tener contenidos peculiares, tanto para el paciente como para sus familiares, pero las ideas obsesivas, son reconocidas como exageradas, o no justificadas por el paciente, quien lucha contra ellas o trata de disimularlas. Por ejemplo, un paciente que creía que cada vez que pasaba en frente de una imagen religiosa debía rezar sostenidamente por el término de una hora

Las ideas obsesivas de responsabilidad pueden ser difíciles de distinguir de los rasgos obsesivos de personalidad, no obstante, en la responsabilidad obsesiva, la duda y la presencia de compulsiones (ej. chequeos), puede hacer clara su presencia. Una paciente refería no poder ausentarse de su trabajo hasta que todos los demás empleados se hubieran retirado, lo que hacía que regresara a su casa todos los días, muy entrada la noche.

Las ideas morales suelen presentarse de manera obsesiva con marcada frecuencia, los pacientes pueden temer haber realizado actos inmorales u ofensivos hacia otras personas, o pueden llegar a evaluar de manera exigente y exagerada los aspectos morales de todos los actos que realizan. Por ejemplo, una paciente temía haber pronunciado palabras ofensivas durante un diálogo banal, y debía repasar todo lo que había dicho a su interlocutor, de manera detallada.

Las ideas obsesivas agresivas y sexuales, se presentan frecuentemente en los pacientes obsesivos y suelen causar un marcado sufrimiento en los mismos, las dudas acerca de la sexualidad, el temor a dañar a sus seres queridos y con una menor frecuencia en pacientes que han sido madres, el temor abusar sexualmente de sus propios hijos, son de frecuente descripción, por ejemplo, una paciente temía que, al bañar y cambiar a su hija, le produjera lesiones vaginales de tipo sexual (Filer y Brockington, 1996).

Las ideas de acumulación o coleccionismo suelen asociarse a las conductas homónimas, pero en este punto analizaremos las ideas de manera específica, los pacientes suelen referir la necesidad imperiosa de conservar objetos de poco valor económico o sentimental, dos síndromes se asociaron característicamente con estas ideas *El síndrome de acumulación de basura*, descrito por Dettmering en 1984 y el *síndrome de Diógenes* introducido por Klosterkötter et al., en 1985 (Jürgens, 2000). Si bien, las conductas de coleccionismo y la acumulación suelen ser normales tanto en niños como en adultos, la recopilación, el ordenamiento y la eliminación de artículos sin una clara motivación consciente o sin control, caracteriza a la contraparte patológica de la acumulación (Greenberg et al., 1990), en general estos pacientes manifiestan dificultades para deshacerse de objetos sin valor (tanto económico como sentimental) y se desean conservar objetos de cualquier tipo, de una o más clases o categorías, sin un claro sentido. Por ejemplo, un ingeniero de muy alto nivel sociocultural sentía el impulso de acumular cartones y papeles en su casa, por lo que luego de regresar de su trabajo, recorría su barrio con un pequeño carro, recolectando dichos materiales de los cestos de basura y los apilaba dentro de su casa.

El temor a perder el control, junto con las ideas obsesivas de que el paciente pueda dañarse o dañar a sus seres queridos, son consideradas muy desagradables por los

pacientes, por ejemplo, una paciente temía perder el control al manipular los cuchillos de cocina y matar a sus hijos.

Las ideas obsesivas suelen asociarse en ocasiones a la presencia de pensamiento mágico, la idea de que algo que no tiene una relación directa comprobable o cierta, puede suceder en consecuencia a los actos u omisiones del paciente, es muy frecuente (Rhéaume et al., 1995); como el caso de un paciente que creía que, si no se lavaba las manos luego de tocar un picaporte, sus hijos iban a morir. A pesar de que no existe una relación directa y que el paciente puede reconocerlo, entre sus temores y sus posibles consecuencias, le resulta imposible controlar sus temores.

Juan Carlos Betta (1981), clasificó a las ideas de acuerdo con la respuesta que generaban en:

Ideas obsesivas impulsivas: Las personas que las presentan se sienten impulsados a la ejecución de ciertos actos

Ideas obsesivas fóbicas: Las personas que las presentan un miedo injustificado a ciertos objetos, personas, situaciones o lugares, que los motiva a evitar dichos objetos

Ideas obsesivas puras: Son ideas obsesivas que permanecen en el campo de la ideación, sin generar estados secundarios ni impulsivos ni fóbicos (Betta, 1981).

De esta clasificación surge la incorporación de las fobias, como parte de las ideas obsesivas, posteriormente, se abandonó esta concepción, al punto tal en que las obsesiones dejaron de pertenecer a la categoría de trastornos de ansiedad en el DSM-5 y las fobias específicas permanecieron en ella (DSM-5, 2013).

Sin embargo, resulta necesario hacer esta aclaración previa en referencia a la ubicación nosológica de las fobias que se deriva claramente de la incertidumbre acerca de su posición dentro de las esferas del funcionamiento psíquico, ya que muchos autores consideran a las fobias, como alteraciones propias del campo de la ideación, como es el caso de Carlos Pereyra (1951), Juan Carlos Betta (1981), Eguiluz y Segarra (2005), mientras que otros autores, como Théodule Armand Ribot (1897), Antonio Vallejo Nágera (1949), Mira y López (1955), Cabaleiro Goas (1959), Frank Fish (1967), George Sims (1988), o Taylor y Vaidya (2009) las consideran como una patología de la afectividad (Ribot, 1897; Vallejo Nagera, 1949; Mira y López; 1955; Cabaleiro Goas, 1966; Betta, 1981; Pereyra, 2000; Eguiluz y Segarra, 2005; Casey y Kelly, 2007; Oyebode, 2008; Taylor y, Vaidya, 2009). Este problema resulta fácil de comprender si tomamos en cuenta algunos de los enfoques teóricos que abordaron el problema, por ejemplo, a la escuela cognitiva, la misma sostiene que el pensamiento suele ocurrir antes que la experiencia de la emoción (teoría de la emoción de Lazarus). es decir que el estímulo original es seguido inmediatamente por un pensamiento que conduce a la experiencia simultánea de la respuesta fisiológica y la emotiva. Es decir que, de acuerdo con esta teoría, siempre la respuesta emotiva es precedida por un pensamiento, por ejemplo, si vemos un peligro, inicialmente comenzamos a pensar, que estamos en un gran riesgo y esto conduce a la presencia de una emoción, el miedo y al mismo tiempo se producen los cambios físicos en el organismo, como la taquicardia, aumento de la tensión arterial, taquipnea, etc. que preparan al organismo para la huida, este enfoque justifica la explicación de que las fobias surgen a partir de un pensamiento erróneo acerca de un peligro que luego desencadena al miedo irracional (Lazarus, 1991).

Lo que resulta interesante, es que a pesar de que se de importancia a los aspectos cognitivos, o ideativos de las fobias, al definir las casi todos los autores las describen como un “*miedo irracional o injustificado*”, lo cual inmediatamente las posiciona como una alteración de la esfera de la afectividad, por lo tanto, siguiendo a los autores del segundo grupo las incorporaremos en el capítulo correspondiente a los trastornos de la afectividad.

Volviendo al tema principal, debemos destacar que las ideas obsesivas no se presentan únicamente en condiciones patológicas, ya que han sido descritas en miembros de la población general, que no presentaban diagnóstico psiquiátrico alguno (Tabla 20) (Niler y Beck, 1989), por ejemplo, algunos individuos desarrollaron ideas obsesivas aisladas, luego de que se les comunicaran los diagnósticos de algunas enfermedades médicas generales (ej. algunas mujeres ante el diagnóstico de HPV), aunque no queda claro que las descripciones sintomáticas se ajusten de manera completa a las características clínicas de estas ideas y no se trate de ideas sobrevaloradas (Maggino et al., 2007).

Dentro del grupo de los trastornos de la alimentación podemos destacar la presencia de ideas obsesivas acerca de la necesidad de realizar una adecuada ingesta de alimentos (ej. no ingerir grasas, frituras, etc.), en la denominada ortorexia nerviosa, esta ha sido descrita con características de síndrome en múltiples diagnósticos, así como en individuos normales que debido a su formación profesional evalúan frecuentemente su consumo diario de calorías (ej. nutricionistas, deportistas, fisicoculturistas, etc.) (Kinzl et al., 2006).

En las demencias frontotemporales ha sido descrita la presencia de obsesiones, siendo la causa más frecuente de tipo neurológico, de pensamientos recurrentes, en edad media y avanzada (Mendez y Shapira, 2008).

En el síndrome oculo-cerebro-renal de Lowe un trastorno genético asociado al cromosoma X, caracterizado por cataratas congénitas, déficit cognitivo y disfunción tubular renal, entre otras manifestaciones psicopatológicas (ej. obsesiones, irritabilidad, estereotipias, etc.), ha sido descrita como característica a nivel afectivo la irritabilidad (Kenworthy y Charnas, 1995).

Finalmente, la presencia de ideas obsesivas se ha descrito en pacientes tratados con antipsicóticos, en especial clozapina, con agentes dopaminérgicos y asociadas al abuso de alcohol y de sustancias, así como en personas intoxicadas con monóxido de carbono (Tabla 21) (Franken, 2000; Eisen y Rasmussen, 1989; Modell et al., 1992; Friedman et al., 2000; Ali-Cherif et al., 1984; McKeon et al., 2007).

Tabla 20. Ideas Obsesivas Diagnósticos Asociados

<u>Ideas obsesivas, causas:</u>	
Individuos normales ¹ ₂	Trastorno obsesivo compulsivo
Síndrome de Gilles de la Tourette ^{3, 4, 5, 6} misofobia) ⁷	Fobias específicas (ej.
Trastorno de pánico ⁸ postraumático ⁹	Trastorno de estrés
Esquizofrenia ^{7, 10, 11}	Trastorno esquizoafectivo ¹¹
Trastorno depresivo mayor ¹²	Trastorno bipolar ¹⁴
Trastorno dismórfico corporal ^{15, 16, 17}	Anorexia nerviosa ¹⁸
Bulimia nerviosa ^{19, 20}	Ortorexia nerviosa ²¹

Hipocondriasis ^{22, 23}	Retrasos mentales ²⁴
Demencias (ej. demencia frontotemporal enfermedad de Alzheimer) ^{26, 27}	Síndrome de Asperger ²⁵
²⁸	Síndrome de Cornelia de Lange
Síndrome de cromosoma X frágil ^{29, 30}	Síndrome de cromosoma XYY
³¹	Síndrome de Prader-Willi ^{33, 34}
Síndrome de Savant ³²	Síndrome de Coffin-Siris ³⁶
Síndrome de Turner ³⁵	Autismo ³⁸
Síndrome de Skoptic ³⁷	Trastornos mentales orgánicos
Síndrome de Kanner ³⁹	
¹⁴	Corea de Huntington ⁴²
Accidentes cerebrovasculares (ej. TCE) ^{40, 41}	Corea de Sydenham ⁴³
Epilepsia (ej. psicosis epiléptica, epilepsia del lóbulo temporal, frontal bilateral) ^{5, 45, 46}	Esclerosis lateral amiotrófica ⁴⁴
progresiva ⁴⁷	Parálisis supranuclear
Enfermedad de Hallervorden-Spatz ⁴⁸	Encefalitis de Von Economo ³
Encefalitis Japonesa B ⁴⁹	Lupus eritematoso sistémico ⁵⁰
Miastenia gravis ⁵¹	Distrofia miotónica ⁵³
Hipopituitarismo ⁵³	Enfermedad coronaria ⁵⁴
Porfiria aguda intermitente ⁵⁵	

¹Niler y Beck, 1989; ²Pénisson-Besnier I, et al.: 1992; ³Laplane, 1994; ⁴Robertson et al., 2006; ⁵Mula et al., 2008; ⁶Robertson, 1991; ⁷Efremova, 2001; ⁸Torres et al., 2004; ⁹Berthier et al., 1998; ¹⁰Bürgy, 2005; ¹¹Eisen et al., 1997; ¹²Wisner et al., 1999; ¹³Videbech, 1975; ¹⁴Vovin et al., 1978; ¹⁵Chung, 2001; ¹⁶Díaz Mársá et al., 1996; ¹⁷Buhlmann et al., 2002; ¹⁸Bissada et al., 2008; ¹⁹Albert et al., 2001; ²⁰Aragona y Vella, 1998; ²¹Kinzl et al., 2006; ²²Smulevich et al., 2008; ²³Fallon et al., 2000; ²⁴Prasher y Day, 1995; ²⁵Baron-Cohen, 1988; ²⁶Rosso et al., 2001; ²⁷Larner, 2006; ²⁸Kline et al., 2007; ²⁹Lachiewicz, 1992; ³⁰Berry-Kravis y Potanos, 2004; ³¹Verri et al., 2008; ³²González-Garrido et al., 2002; ³³Bittel et al., 2006; ³⁴Clarke et al., 2002; ³⁵El Abd et al., 1999; ³⁶Swillen et al., 1995; ³⁷Coleman y Cesnik, 1990; ³⁸McDougle et al., 1995; ³⁹Prior et al., 1975; ⁴⁰Beckson y Cummings, 1991; ⁴¹Grados, 2003; ⁴²Royuela Rico et al., 2003; ⁴³Swedo et al., 1989; ⁴⁴Phukan et al., 2007; ⁴⁵Barcia y Fuster, 1969; ⁴⁶Schmitz et al., 1997; ⁴⁷Destee et al., 1990; ⁴⁸Nicholas et al., 2005; ⁴⁹Monnet, 2003; ⁵⁰Yu et al., 2008; ⁵¹Rohr, 1992; ⁵²Delaporte, 1998 ⁵³Lynch S, et al.: 1994; ⁵⁴Jouve et al., 1978; ⁵⁵Hamner, 1992.

Tabla 21. Medicamentos y Sustancias de Abuso y Obsesiones

Ideas obsesivas, medicamentos y sustancias de abuso asociadas:

Clozapina ¹	Olanzapina ²
Risperidona ²	Quetiapina ²
Ziprasidona ²	Haloperidol ³
Agonistas dopaminérgicos ⁴	Abuso de cocaína ⁵
Alcoholismo (ej. abuso y abstinencia) ^{6, 7}	Dependencia a opioides
⁸	
Intoxicación con monóxido de carbono ⁹	

¹Kim et al., 2020; ²Grillault Laroche & Gaillard, 2016; ³Ulhaq, & Abba-Aji, 2012; ⁴McKeon et al., 2007; ⁵Franken, 2000; ⁶Eisen y Rasmussen, 1989; ⁷Modell et al., 1992; ⁸Friedman et al., 2000; ⁹Ali-Cherif et al., 1984.