

LA COMPLEJIDAD DEL CONTINUO ENTRE RIGIDEZ Y TOC

Una aproximación desde la experiencia

Tics, estereotipias, rigidez cognitiva y conductual propias del TEA, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), falta de control de impulsos... todos son fenómenos complejos y muestran una expresividad conductual similar, pero tienen orígenes neurológicos y psicológicos muy distintos.

Esta tabla resume las principales diferencias entre estos cuadros clínicos con el fin de ayudar a los profesionales a discriminarlos y diseñar intervenciones acertadas. Incluye además los principales tratamientos farmacológicos para cada uno, así como estrategias de evaluación e intervención de eficacia demostrada empíricamente.

DIAGNÓSTICO	TOPOGRAFIA	¿QUÉ LO MOTIVA?	¿QUÉ SIENTE LA PERSONA?	PRUEBAS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	OTROS ASPECTOS DIFERENCIALES
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	Rituales. Compulsiones verbales o conductuales. Actos mentales. Presencia de pensamiento ansiógeno y ritual o compulsión seguido de sensación de calma y reducción de nivel de ansiedad.	Pensamiento obsesivo y ansiógeno. La compulsión aparece para reducir o eliminar el pensamiento obsesivo amenazante.	Malestar y/o manifestaciones de ansiedad (sudoración, agitación física, agresividad...) si no realiza la compulsión.	Escalas Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS y CYBOCS-PDD). Escala de Conductas Compulsivas de Gedye. Escala de Lenguaje Obsesivo de Gedye (OSC). Cuestionario de conductas repetitivas (RBQ y RBS-R). PAS-ADD. DASH-II.	Reestructuración cognitiva. Hacer listado de las compulsiones: frecuencia y duración. Valorar la interferencia y realizar un "mapa conductual" de la persona. Limitar el número de compulsiones. (descenso progresivo). Técnicas de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR).	Antiobsesivos. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS): fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina.	Edad de inicio: adolescencia. Tiene que estar presente más de 2 semanas seguidas e interferir de forma significativa en la vida de la persona. Buscan evitar el riesgo o el peligro. En personas con TEA puede que no lo vean (o no lo expresen) como algo molesto o incómodo.
TRASTORNO DE CONTROL DE LOS IMPULSOS	Movimientos rápidos motores o fonatorios. No cesan ante tareas que requieren atención.	Necesidad de reducir tensión interna.	Poco control sobre la conducta. Placer o liberación al realizar el impulso. Puede haber culpabilidad.	DASH-II. Pruebas neuropsicológicas para evaluar la capacidad de inhibición (Test Stroop, "Cats and dogs", BART...).	Técnicas de relajación, autocontrol y gestión del estrés. Tiempo fuera. Refuerzo diferencial. Uso de incompatibles.	Neurolépticos.	Incluye: cleptomanía, piromanía...
ESTEREOTIPIA	Movimientos súbitos, recurrentes, que suelen ser rítmicos. Movimientos voluntarios. De mayor duración en el tiempo que el tic. Se detienen ante tareas que requieren atención.	Autoestimulación.	Producen sensación de bienestar y estimulación propioceptiva. La persona tiene algo de control sobre ellas.	Evaluación Diagnóstica para Discapitados Graves (DASH-II) Escala de Conductas Anómalas de Sing y Cols.	Cuando las estereotipias son limitantes, hay que trabajar sobre ellas fijándose en el entorno: • Si hay sobreestimulación: reducirla, realizar desvío atencional o alejar a la persona de ese espacio. Usar amortiguadores sensoriales (tapones, gafas...) • Si hay infraestimulación: ofrecer actividades motivantes y activadoras.	No hay tratamiento farmacológico específico.	Edad de inicio: primera infancia. Ceden con distracción. Se detienen con control externo. No aparecen durante el sueño.
TICS	Movimientos súbitos, rápidos, no rítmicos, recurrentes. Movimientos involuntarios. Se detienen ante tareas que requieren atención.	Impulso nervioso. Normalmente egodistónico.	Falta de control sobre el tic. Puede producir frustración o rabia. Nunca producen disfrute.	Escala de Yale para severidad global de tics.	Tareas atencionales, estructurar muy bien el tiempo y dejar o pactar unos tiempos y espacios para hacer los tics. Técnicas de relajación. En algunos casos la estimulación propioceptiva reduce la frecuencia de los tics.	Haloperidol en dosis bajas. Primocida. Las inyecciones de toxina botulínica se utilizan para tratar ciertas formas tics distónicos.	Edad de inicio: a partir de los 4 años. La intensidad de los tics suele oscilar a lo largo del tiempo. Pueden aparecer durante el sueño.
RIGIDEZ (propia del TEA)	Rituales motores o verbales (desde simples secuencias a rituales muy complejos) seguidos de sensación de calma. No hay pensamiento ansiógeno previo al ritual o compulsión.	Falta de flexibilidad cognitiva y/o conductual. Normalmente egosintónico: produce bienestar realizarlos.	Malestar si no se cumple el ritual. Sensación de bienestar si se realiza.	Escala de valoración del autismo infantil (CARS). Entrevista para el diagnóstico del autismo revisada (ADI-R). Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-G).	Terapia de exposición y prevención de respuesta. Control de antecedentes. Crear respuestas incompatibles con los rituales. Uso de claves visuales que limiten, acorten o modifiquen la conducta ritualista.	No hay tratamiento farmacológico específico. Pueden ayudar los antiobsesivos.	El ritual cambia o desaparece con la intervención con mayor facilidad que en TOC.