



## INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

### **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Verónica Alexandra Vélez Winingther, Juana González Carrasco

[veronicacorcega@hotmail.com](mailto:veronicacorcega@hotmail.com)

Trastorno obsesivo compulsivo, terapias, psicoterapias

#### **RESUMEN**

El trastorno obsesivo compulsivo es una perturbación anímica a raíz de una o diversas ideas persistentes, recurrentes que llevan a la persona a realizar una serie de rituales que además del tiempo que les ocupa, repercute en las actividades de la vida diaria.

Se presenta en forma de obsesiones, estos pensamientos son de miedo a sucesos adversos, ansiedad por perder algo o por contaminarse, preocupación por ideas recurrentes, necesidad de mantener todo su entorno limpio o en simetría. Las compulsiones también pueden estar presentes entre los síntomas, algunas de ellas pueden ser realizar rituales de comprobación, aseo, repetición de palabras, toda una serie de patrones en respuesta de las obsesiones.

La epidemiología destaca que su prevalencia es del 2%, algunos estudios concluyen que se encuentra entre las 20 enfermedades más incapacitantes. Desde los servicios de salud mental, intentar mantener a estas personas integradas en la sociedad conlleva utilizar diversas psicoterapias, farmacología, y tratamientos quirúrgicos.

Este trabajo presenta un caso clínico y se evalúan las principales terapias aplicadas al TOC, así como la estimación del daño funcional en las esferas en que la persona debería desarrollar su vida.

#### **1. Introducción**

El trastorno obsesivo compulsivo es una manifestación clínica de la pérdida del orden que un cerebro normal debería procesar para llevar a cabo las actividades necesarias para el desarrollo de la persona en la sociedad. Las obsesiones y compulsiones pueden llegar a ser reconocidas por la persona, sin embargo, al desarrollar un mecanismo de compensación, al realizar las compulsiones se ven imposibilitados para dejar de realizarlas.

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

La dificultad de afrontar los detonantes de las obsesiones aumenta su ansiedad y angustia y se ven inmersos en un bucle de rituales y tareas que les crea gran disfuncionalidad. Desde hace años la terapia farmacológica a la par de la terapia cognitivo conductual, ha sido el tratamiento de elección en esta enfermedad, sin embargo, se han desarrollado terapias invasivas y no invasivas para los casos de pacientes crónicos con gran interferencia que se mencionan en este trabajo, así como las evaluaciones de su aplicación.

Se introduce la presentación de un caso clínico y se menciona su evolución para colaborar en el conocimiento general de esta enfermedad y se mencionan las terapias realizadas para la recuperación del paciente.

### 2. Breve historia clínica

Paciente varón de 20 años derivado a hospitalización en una unidad de agudos, tras haber pasado unas semanas encerrado en su habitación por descompensación psiquiátrica. Ha sido tratado desde la infancia en el centro de salud mental infanto-juvenil CSMIJ de su zona de residencia, pues sus padres objetivaron la presencia de comportamientos y fobias irracionales en su niñez, que se agudizaron en la adolescencia, cuyo detonante fue haber sufrido acoso escolar. Una vez que cumplió la mayoría de edad fue derivado al CSMA de su sector. El paciente ha sido diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo y rasgos clúster C.

Hace un mes aproximadamente, dejó de tomar la medicación y de realizar las actividades habituales, se aisló en su dormitorio, no acudiendo a la valoración regular con su psiquiatra. La madre contactó con el CSMA para informar de la situación del paciente y se programó una visita domiciliaria, sin embargo, el paciente presentó un cuadro de ansiedad grave y alteración de conducta y fueron avisados los servicios de urgencias que acudieron al lugar para atender al paciente y trasladarlo al hospital de referencia.

#### 2.1. Motivo de consulta

El paciente ingresa en el servicio de urgencias de psiquiatría por un cuadro de ansiedad grave, después de estar casi un mes encerrado en su habitación y negarse a ir a la visita programada de seguimiento con su psiquiatra de referencia, solo salía por la noche para alimentarse, consumía productos en conserva y empezó a hacer acopio de los restos. Se negaba a salir por el día y a tomar la medicación pautada para tratar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo que padecía.

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

### 2.2. Antecedentes personales

Es el menor de tres hermanos, el mayor de 26 y el siguiente de 23 años, mantiene buena relación con ellos. La historia indica embarazo normal, parto a término y sin complicaciones, en la infancia inicia escolarización a los 3 años manteniendo un rendimiento académico mediocre, faltas constantes a la escuela, pensamientos de inseguridad, miedo a catástrofes, rituales con las comidas, se mostraba aislado y evitaba todo contacto con los demás menores cuando asistía a clases. Fue valorado y tratado en el centro de salud mental infanto-juvenil.

Es de anotar también que sus dos hermanos mayores fueron estudiantes sobresalientes y no poder cumplir con los listones marcados por ellos, ha llevado al paciente a sufrir angustia y depresión.

No es hasta los 12 años que se agudizan sus conductas disruptivas afectando a la escolarización y la realización de actividades inherentes a la edad. La gravedad del aislamiento y las compulsiones, también coinciden con el agravante de que el paciente a dicha edad sufrió acoso escolar por parte de sus compañeros de instituto.

La irrupción de todo tipo de pensamientos de temor, de inseguridad y ansiedad llevaron al paciente a dejar de asistir a clases. Se aisló, no presentaba interés por realizar ningún tipo de actividad y menos socializar con las personas.

Fue tratado por el servicio de psiquiatría sectorizado, allí se detectó la agudización de conductas desadaptativas, pactando con los padres el primer ingreso en una unidad de hospitalización infanto-juvenil. Para realizar el ingreso fue necesaria la contención mecánica y farmacológica del paciente ante la crisis de ansiedad y agitación psicomotriz que presentó.

Durante las dos semanas de ingreso, psicoterapia y ajuste de medicación se apreció una mejora de la sintomatología desadaptativa y la ansiedad. Una vez dado de alta fue derivado al centro de salud mental infanto-juvenil para seguimiento, mejora y tratamiento de su enfermedad.

A los 15 años requirió un segundo ingreso hospitalario, la modificación del equipo asistencial por jubilación de una de las enfermeras del CSMIJ, le generó gran angustia con el consiguiente descontrol de los cuidados, dejó de tomar la medicación, se aisló en su habitación y presentó un cuadro de depresión. Tras la mejora aceptable de la sintomatología depresiva el paciente es dado de alta y remitido nuevamente a su centro de salud mental de referencia.

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

El paciente estableció buen contacto con el equipo asistencial, trabajaron desde antes de que cumpliera la mayoría de edad el futuro traslado al CSMA. La transición se llevó a cabo sin incidencias.

### 2.3. Antecedentes familiares

La madre ha sufrido un episodio de depresión post parto tras el primer alumbramiento, realizó seguimiento y tratamiento psiquiátrico y tras varios meses remitió el trastorno, sin haber vuelto a presentar dicha clínica.

Tío materno diagnosticado de distimia, tras muchos años de seguimiento médico irregular, ha sido internado en un recurso mental durante dos años.

El padre ha sido diagnosticado de TOC, durante el servicio militar obligatorio en que se detectó desadaptación social e impulsividad, durante las últimas décadas buena adherencia al tratamiento y a la psicoterapia.

### 2.4. Enfermedad actual

Paciente de 20 años, soltero sin relación sentimental alguna, no realiza ninguna actividad laboral, ha acabado con recursos adaptados la enseñanza secundaria obligatoria.

Vive actualmente en el domicilio familiar con sus padres, sus hermanos mayores se han emancipado. Cuando su hermano mayor se independizó con la novia, no se dieron en el paciente conductas de inestabilidad.

Sin embargo, cuando el hermano mediano, que es con el que mantenía una mejor relación, indicó que deseaba irse a vivir a otra ciudad, ya que tenía una oferta de trabajo que no podía rechazar, el paciente empezó a expresar la inseguridad y el peligro que pasaría su hermano solo en una ciudad desconocida.

Sus miedos fueron en aumento, los rituales compulsivos le causaban insomnio y ansiedad, tras un corto periodo de tiempo de sueño se despertaba muy pronto para iniciar los rituales. Cuando su hermano marchó de viaje a su nueva casa, la madre advirtió el empeoramiento de pensamientos que bloqueaban al paciente y le impedían ir a la visita del psiquiatra, el paciente estaba recluido en su habitación y solo salía por la noche a alimentarse, sus padres advirtieron que no tomaba la medicación, al entrar en el dormitorio y ver las latas de conserva acumuladas y la medicación de cada día en cada una de ellas.

Insistieron en la necesidad de acudir a la visita reprogramada, pero el paciente aquejado de gran angustia y ansiedad presentó un cuadro de ansiedad grave, y siguiendo las instrucciones del equipo asistencial llamaron al servicio de urgencias para que le asistiera y trasladara al hospital.

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

A la llegada del equipo asistencial el paciente se golpeaba la cabeza, sus impulsos se volvieron más agresivos ante la intervención de los técnicos sanitarios, entonces fue necesario realizar contención mecánica y farmacológica para poder conducirlo al hospital.

Tras unas horas de observación en urgencias y después de haber realizado la exploración física y psicopatológica se decide trasladar al paciente a una unidad de agudos de psiquiatría. Durante su ingreso verbaliza detonantes de su recaída, el aumento de las compulsiones y las obsesiones que le interferían el aseo, las ingestas, el sueño, la vida familiar, etc.

### 2.5. Exploración física

En urgencias se extrajeron muestras de sangre y orina al paciente.

Se tomaron las constantes vitales cada cuatro horas para valorar su estabilidad hemodinámica.

Se realizó entrevista para realizar la anamnesis.

### 2.6. Exploración funciones psíquicas

A su llegada a la unidad de agudos el paciente se muestra consciente y orientado en las tres esferas. Su aspecto es desaliñado, sin afeitado, con los cabellos largos, y la ropa sucia.

El equipo de enfermería junto al psiquiatra, realizan un primer abordaje para realizar la acogida y darle a conocer el funcionamiento de la unidad, al principio se muestra receloso, camina enlentecido, responde con monosílabos, una vez que se encuentra en su habitación se reduce su nivel de ansiedad y se muestra abordable, afable y colaborador.

Durante la anamnesis refiere conocer los motivos de su ingreso, la imposibilidad de no realizar los rituales. Se coloca junto a la cama durante la entrevista y se aprecia que toca varias veces la almohada y le da la vuelta.

## 3. Informe del laboratorio, test y pruebas realizadas

Análisis de orina sin alteraciones.

Bioquímica y hemograma con resultados dentro de la normalidad.

Se realiza electrocardiograma de protocolo que no presenta alteración alguna.

Se ha realizado la evaluación psicopatológica del paciente mediante entrevistas en las que describió las obsesiones que le abordaban e impactaban funcional y emocionalmente. Su discurso era minucioso, correlativo en el tiempo y fluido. Sobre las compulsiones describía todos los acontecimientos adversos que suponía que sucederían a él o a su familia si fallaba en sus rituales.

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Se propusieron y realizaron escalas de valoración que indicaron que el paciente no estaba interferido por ideas psicóticas, la mejora progresiva de la ansiedad, de los pensamientos negativos e intrusivos, del afrontamiento y de sus conductas de evitación social.

### 4. Diagnósticos diferenciales

Trastorno de ansiedad grave con alteración de conducta.

### 5. Diagnóstico definitivo

Trastorno obsesivo compulsivo

### 6.-Tratamiento, terapias aplicadas

La farmacología administrada ha sido:

Fluoxetina Sandoz 20 mg cápsulas duras EFG. 1-0-1.

Bupropión cinfa 150 mg comprimidos. 1-0-0.

Risperidona benel 3 mg comprimidos recubiertos con película efg. Si precisa.

Diazepam Normon 5 mg comprimidos. Si precisa.

La exposición con prevención de respuesta EPR y la terapia de aceptación y compromiso ACT, son los procedimientos que se llevaron a cabo para que el paciente mediante la flexibilidad psicológica y la exposición aborde la problemática que genera la agudización de su sintomatología.

Mediante la EPR se afrontó con el paciente los estímulos que disparaban la ansiedad, se reconducía al realizar los rituales y se ayudaba a gestionar la ansiedad y todos aquellos pensamientos obsesivos.

Con la ACT se ayuda al paciente a aceptar lo que considere un evento estresor para evitar las compulsiones que funcionan como mecanismo compensatorio en las obsesiones.

### 7. Evolución

Durante el ingreso se reintrodujo la administración de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, que produjeron una mejora en la sintomatología, sin que se eliminara por completo. Se administraron ansiolítico y antipsicótico en pauta descendente para reducir la ansiedad y los pensamientos persistentes.

Tras la aplicación de las psicoterapias mejoró la funcionalidad del paciente, las relaciones con su familia y entorno terapéutico. La ansiedad disminuyó significativamente, las dimensiones valoradas de las compulsiones, detectadas al inicio del tratamiento se mantuvieron en descenso.

El paciente será dado de alta y remitido al CSMA para continuar afianzando la mejora.

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

8. Actualización sobre el tema: breve explicación de la evidencia científica actual sobre el tema tratado en el caso.

La EPR (1) se considera en el TOC la psicoterapia de primera elección, ya que diversos estudios han evidenciado su efectividad.

La ACT (2) en complemento con la EPR está dando buenos resultados en la mejora de la sintomatología de los pacientes con TOC.

Terapias como la Estimulación cerebral profunda (3) y la Terapia electroconvulsiva (4), suelen aplicarse a TOC resistente que no ha respondido bien a la terapia conductual y por la gravedad de los síntomas que pueden poner en riesgo su seguridad y la de los demás.

La Estimulación magnética transcraneal (5) ha demostrado en algunos estudios su eficacia en el TOC, aunque otros discrepan de tal eficacia, por tanto, faltan estudios que indiquen cómo funciona en el cerebro dicha técnica y si su aplicación puede representar un cambio significativo en la evolución de la patología de los pacientes.

Este trastorno es complejo y multicausal, inciden factores genéticos, ambientales y alteraciones en la neurotransmisión cerebral, con especial afectación en la corteza orbitofrontal. Los estudios de casos revelan que es una condición que afecta física y mentalmente las actividades de la vida diaria de la persona, si a esto se suman otros factores como entorno familiar contenedor, economía saneada, terapias individualizadas, se puede reducir la gravedad de tal afectación.

El TOC generalmente evoluciona hacia la cronicidad, pasando por periodos de estabilidad, sin embargo, realizando las terapias adecuadas a cada caso y conociendo la disminución de los pensamientos intrusivos o la ejecución de rituales se podrá evaluar la mejora en la calidad de vida de la persona.

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

### BIBLIOGRAFÍA

1. Albadalejo P. ABORDARJE DE ENFERMERÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO [Internet]. Diposit.ub.edu. 2019 [visitada 10 marzo 2020]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/137446/1/137446.pdf>
2. Vakili Y, Gharaee B, Habibi M. Acceptance and Commitment Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symptoms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2015 [visitada 10 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539588/pdf/ijpbs-09-845.p>
3. Senova S, Clair A, Palfi S, Yelnik J, Domenech P, Mallet L. Deep Brain Stimulation for Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: Towards an Individualized Approach. PMC; 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6923766/>
4. Aggarwal A, Aggarwal N, Prasad S. Electroconvulsive Therapy in Severe Obsessive-Compulsive Disorder: A Series of Three Cases. TPCC; 2019. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/pcc/article/pages/2019/v21n03/18l02398.aspx>
5. Zorzo C, Banqueri M, Higraza S, Pérnica A, Arias J. Estado actual de la estimulación magnética transcraneal y sus aplicaciones en psiquiatría [Internet]. Actaspsiquiatria.es. 2019 [visitada 10 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/119/ESP/21-119-ESP-110-20-150847.pdf>