

Adolescentes con TOC y en Pandemia.



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

Dra. Asenjo María José
Marzo 2021

Situándonos en la sintomatología y el diagnóstico de TOC según DSM 5

- Las obsesiones se definen según los dos aspectos siguientes:
- Pensamientos, impulsos o imágenes mentales que se repiten constantemente. Estos pensamientos, impulsos o imágenes mentales son indeseados y causan mucha ansiedad o estrés.
- La persona que tiene estos pensamientos, impulsos o imágenes mentales trata de ignorarlos o de hacer que desaparezcan.

Las compulsiones se definen según los dos aspectos siguientes:

- Conductas (por ejemplo, lavarse las manos, colocar cosas en un orden específico o revisar algo una y otra vez como cuando se verifica constantemente si una puerta está cerrada) o pensamientos (por ejemplo, rezar, contar números o repetir palabras en silencio) que se repiten una y otra vez o según ciertas reglas que se deben seguir estrictamente para que la obsesión desaparezca.
- La persona siente que el propósito de estas conductas o pensamientos es prevenir o reducir la angustia, o evitar una situación o acontecimiento temido. Sin embargo, estas conductas o pensamientos no tienen relación con la realidad o son claramente exagerados.

Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo (más de una hora por día), o causan una intensa angustia o interfieren en forma significativa con las actividades diarias de la persona.
- Los síntomas no se deben al consumo de medicamentos u otras drogas ni a otra afección.
- Si la persona padece otro trastorno al mismo tiempo, las obsesiones o compulsiones no se pueden relacionar tan solo con los síntomas del trastorno adicional. Por ejemplo, para recibir el diagnóstico del TOC, una persona que padezca un trastorno de la alimentación también debe tener obsesiones o compulsiones que no se relacionen *solo* con los alimentos.

El diagnóstico también debe indicar si la persona con TOC comprende que los pensamientos obsesivo compulsivos pueden no ser ciertos, o si está convencida de que son verdaderos (por ejemplo, es posible que alguien sepa que no es necesario revisar la cocina 30 veces, pero que sienta que debe hacerlo de todas maneras).

El diagnóstico también debe indicar si una persona con TOC tiene o ha tenido un trastorno de tic. Las personas con TOC y con trastornos de tics tienden a diferenciarse de aquellas sin antecedentes de trastornos de tics respecto de sus síntomas, la presencia de otros trastornos y la manera en que se manifiesta el TOC en la familia.

¿A qué edad comienza y cual es el curso de los síntomas obsesivo compulsivos?

El TOC suele comenzar en la adolescencia o en la adultez temprana. Sin embargo hay formas menos frecuentes de comienzo infantil que predominan en varones y que suelen asociarse con frecuencia a tics motores y fónicos, en ese caso ambos trastornos tienen una importante carga hereditaria. Esta afección se conoce con el nombre de Síndrome de Tourette. El TOC infantojuvenil es también altamente invalidante asociándose habitualmente a otros trastornos de ansiedad, de aprendizaje, de conducta y a depresión

El TOC es un trastorno que tiende a persistir en el tiempo con períodos de exacerbaciones y remisiones parciales ***que se agravan ante situaciones de estrés***. Librado a su evolución es un trastorno crónico altamente invalidante. Su grado de severidad puede ser variable. Si bien hay casos leves que el paciente sobrelleva bien (comportamiento obsesivo-compulsivo), lo habitual es que los síntomas persistan ocasionando un importante grado de deterioro en todas las áreas de la vida de la persona produciendo sufrimiento personal y afectando las relaciones familiares e interpersonales , el desempeño académico y laboral y la integración social.

También los pacientes con TOC suelen agruparse según el tipo de compulsión que predomina en ellos en los siguientes subtipos:

- Lavadores y limpiadores: son personas en las que predominan los temores de contaminación y que en consecuencia desarrollan rituales de lavado o limpieza.
- Verificadores: son personas que padecen “duda patológica” y necesitan chequear de manera excesiva (por ejemplo las cerraduras o las llaves de gas) con el fin de evitar que ocurra una determinada catástrofe.
- Ordenadores: son personas que necesitan disponer de las cosas de acuerdo a determinados patrones rígidos, incluyendo distribuciones simétricas.
- Acumuladores: coleccionan objetos sin valor emocional o utilidad alguna (por ej. basura, ropa vieja, partes de artefactos eléctricos rotos), de los que sin embargo no pueden desprendérse.
- Repetidores: son aquellos individuos que tienden a repetir actos en forma compulsiva.
- Ritualizadores mentales u obsesivos puros: muchos pacientes con TOC padecen pensamientos negativos que intentan neutralizar con invalidantes rituales que consisten en apelar a pensamientos o imágenes repetitivas, llamadas compulsiones mentales, con el objeto de contrarrestar la ansiedad que les provocan las ideas o imágenes obsesivas.

La prevalencia en la infancia y adolescencia es del 1%, siendo más frecuente en varones. Existe asociación familiar. Se puede asociar con otras enfermedades mentales o con enfermedades médicas como la infección por estreptococo. La prevalencia de TOC en niños y adolescentes es de alrededor del 1%, y en recientes estudios epidemiológicos se describe que a lo largo de la vida es del 2%. Aunque la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos durante la adolescencia es mayor, sólo un pequeño porcentaje las describe como angustiosas

Adolescencia. Definición y etapas

La adolescencia ha sido definida tradicionalmente por la Organización Mundial de la Salud como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Sin embargo, en los últimos años los especialistas en el área están tendiendo a considerar bajo su ámbito de acción a aquellos individuos entre 10 y 24 años –grupo denominado «población joven» o «gente joven», ya que actualmente este rango etario abarca a la mayoría de las personas que están pasando por los cambios biológicos y la transición en los roles sociales que definieron históricamente la adolescencia

Según Unicef_, son adolescentes las personas que tienen entre 10 y 19 años. Desde un punto de vista biológico la adolescencia coincide, aproximadamente, con la pubertad, etapa en la que los seres humanos experimentamos importantes cambios fisiológicos, principalmente a nivel sexual y cognitivo.

Sin embargo, la adolescencia no puede definirse solo por los procesos de maduración biológica. Tiene, además, una dimensión social y cultural de la que depende la atribución de significados, conductas y expectativas a esta etapa de la vida, que varían según sociedades y épocas.

No hay un único consenso acerca de los límites de la adolescencia; si bien es cierto que la mayoría de las fuentes institucionales y profesionales coinciden en que su inicio se haya entre los 10 y los 11 años, existen importantes diferencias respecto a su finalización, sus etapas y el rango de edades que definen cada una de ellas.

Las tres etapas

Se suelen distinguir tres etapas:

La adolescencia temprana o inicial, que comienza a los 10-11 años. Unos sitúan su final a los 13 y otros la prolongan hasta los 14-15 años.

La adolescencia media, que hay quien llama tardía, que para unos comienza a los 14 y para otros a los 15-16 años. Y para unos llega hasta los 17 y para otros hasta los 18-19 años. Como hemos dicho, instituciones internacionales como Unicef, pero también la OMS, fijan a los 19 años el final de la adolescencia.

La adolescencia tardía, que otros llaman “post-adolescencia”. Para unos comienza a los 18 años y para otros a los 20, prolongándose de manera difusa hasta los 21 o más años y solapándose con lo que también algunos llaman “juventud plena”, alrededor de los 24 años.

Hoy en día sabemos que la crisis por coronavirus ha generado importantes resonancias emocionales en los adolescentes. Concretamente se relacionan con una tendencia aumentada a experimentar síntomas ansiosos y depresivos. Este hecho se ha revelado muy importante entre los que padecían algún problema de salud mental previo. Sigue sucediendo porque constituyen una población vulnerable a las recaídas o al empeoramiento de su salud psicológica/psiquiátrica en situaciones de estrés intenso.

Teniendo en cuenta la sintomatología del paciente con TOC y su alta vulnerabilidad al estrés se expondrán cuatro casos de pacientes adolescentes.

Dos de los cuales ya estaban diagnosticados y en tratamientos previo a la pandemia y dos que fueron diagnosticados durante la misma.

Casos clínicos

No se expondrán los nombres de los pacientes por
privacidad, solo sus historias, edades y 1er letra de
nombre de pila

P. Femenino de 12 años

- Realiza primera entrevista con mi persona el día 27/8/20 junto a su madre. La joven no ve a su padre desde que era una niña. Conviven con la pareja de su madre desde marzo 2020, mes que se mudaron desde Buenos Aires a Rosario
- Paciente derivada por su psicóloga con la cual hace 4 meses realiza terapia cognitiva conductual, tiene mucha dificultad para sostener el encuadre del tratamiento tanto virtual como presencial por ausencias reiteradas, esto sucede hasta la actualidad (marzo 2021)

- Motivo de consulta: trastorno en el sueño, imposibilidad para dormir sola, miedo, ideas e imágenes en su cabeza
- Enfermedad actual: pensamientos que la “torturan” sobre situaciones que ponen en peligro a su madre, ansiedad con respecto a la temática, para “evitar” la situación debe realizar 3 movimientos físicos (con la cabeza y con las manos) si no los realiza podría hacerse realidad, el miedo aumenta por las noches ya que es la primera vez que duerme en una habitación sola, en su antigua casa compartía el cuarto con su madre quien, ahora, duerme con su pareja

Algunos días los hijos de la pareja de la madre van a la casa y duermen en la misma habitación, esos días la ansiedad y el miedo son menores con respecto a la hora del sueño, no así en el durante el día.

Disimula los rituales delante de la gente ya que siente vergüenza de ellos ya que refiere que no son normales ni necesarios, pero no puede dejar de hacerlos, en especial el repetir de manera compulsiva los movimientos de la cabeza.

- Antecedentes personales: su madre refiere que desde los 6 o 7 años comienza con los rituales, algunas obsesiones en cuanto a simetría y miedo de lo que pensaba pero que no fue necesario asistir a consulta psicológica ni psiquiátrica (a su entender, ya que no lo consulto con el pediatra), estas conductas se agravaron con el inicio de la pandemia, el cambio de ciudad, la nueva convivencia con la pareja de su madre (a quien había visto solo 5 veces) y con el cambio de modalidad escolar (paso a la virtualidad).

- Antecedentes familiares : su madre refiere estar medicada por padecer los mismos síntomas. Medicada con Sertralina 100 mg y Aripiprazol 10 mg, sin control psiquiátrico personal ni psicológico desde el momento de la primer consulta hasta la actualidad, “ consigue” la medicación por un amigo de su pareja.

Abuela materna : fobias y miedos

No puede dar información de familia paterna ya que prácticamente no los conoce, el embarazo fue fruto de una relación ocasional con una persona a quien había visto solo 2 veces y no mantuvieron una relación estable, ni tuvo participación activa en la crianza.

- Luego de interconsultas con pediatría y neurología quienes hallaron a la paciente s/p comienza con tratamiento farmacológico con Fluvoxamina que se titula desde los 25 mg a los 100 mg (dosis actual marzo 2021), y melatonina 3 mg, tanto el sueño como las obsesiones y rituales mejoran sustancialmente con el correr de los meses.

Datos relevantes de entrevistas por controles posteriores:

- Menarca 22 de septiembre 2020.
- Noviembre: sin síntomas en cuanto a obsesiones y compulsiones, duerme bien, le cuesta mucho sostener las clases vía zoom pero entrega los trabajos prácticos que le exigen en la escuela, aún no saben a que escuela asistirá el próximo año ya que continua inscripta en su escuela anterior en Buenos Aires

- Enero 2021: se encuentra contenta ya que su abuela se mudo a vivir a la ciudad y la ve frecuentemente, pudo irse de vacaciones sin complicaciones en cuanto a sintomatología, su madre aun duda en la elección de la escuela que asistirá. Refiere que P. se enoja mas y que la confronta sobre situaciones de la vida cotidiana (como una “adolescente normal” según ella) su madre comienza a tener dificultades en cuanto a los límites y a la organización en la dinámica de esta familia ensamblada

- Marzo 2021: P. manifiesta estar bien en su nueva escuela y en cuanto a sus compañeros. Refiere que en muchas ocasiones se enoja con su madre ya que, los hijos de la pareja de su madre no son organizados en cuanto al dormitorio y ella siente que, por ser ella la que todas las noches duerme en la casa, debe mantener limpio y ordenado todo (las cosas de los otros también) y que el padre no les exige a ellos al igual que lo que la madre le exige a ella. Su madre asiente que es así, se le indica que hable con su pareja en cuanto a esto y que ellos son los que deben dar las indicaciones y no recaer en P. la comunicación de las normas de convivencia en el hogar como sucede ahora, hecho que la angustia.

- Se empieza a ver una amplia mejoría de P. en cuanto a pensamientos y rituales, mejor en cuanto a la comunicación y a la identificación de emociones. Refiere enojarse mas y poder trasmitirlo. Junto con la mejoría de P., acercándose al comportamiento de una joven de su edad se vislumbran las falencias de la madre en cuanto a resolución de conflictos, elecciones asertivas en el ámbito de la comunicación tanto con la pareja como con la hija y en la identificación como madre de una adolescente. Se indica(como en todas las entrevistas previas) que comience un tratamiento personal ya que nunca lo retomó desde marzo 2020 que se mudo de ciudad.

F. Femenino de 20 años

- Realiza primera entrevista el día 21/6/2017 a los 17 años de edad mientras cursaba 5to año de secundario, previo al viaje de egresados.
- Derivada por su psicóloga quien la atiende hace mas de 1 año, psicoterapia gestáltica.
- Concurre acompañada por sus padres quienes manifiestan marcada preocupación por los síntomas que comenzaron recientemente

- Motivo de consulta: imágenes y pensamientos recurrentes de contenido sexual en el cual ella tiene miedo de abusar de un primo menor de edad, para salvaguardar la situación realiza conteo de números y repetición de frases de manera mental o en voz baja, esto le lleva la menos de 2 a 3 horas diarias durante todo el día, ya que las imágenes o los pensamientos la asaltan en cualquier momento , en especial realizando las tareas escolares o en la escuela.

No la despiertan por la noche aunque algunas veces tiene pesadillas relacionada con la temática

- Enfermedad actual: paciente con obsesiones que comenzaron en el año en curso luego de unas charlas con sus compañeras de escuela con respecto a la sexualidad de cada una y al viaje de estudios, hasta el momento ella no tuvo experiencias sexuales ni románticas con ninguna persona, ni siquiera se lo había planteado ya que, siempre tuvo aprehensión hacia los fluidos, como saliva, transpiración, tampoco le gusta mucho el contacto físico como los abrazos o los besos en la mejilla, los cuales evita.

Dada esa charla comenzó a pensar que ella no quisiera tener relaciones sexuales, y que no realizaría de viaje de estudios.

Al tiempo, mientras cuidaba de su primo en su casa comenzó a temer tener un impulso de abusar del niño, lo que llevó a una gran ansiedad y angustia. Para poder bajar la angustia hasta que llegara la madre comienza con la rumiación de frases con los que, parcialmente logra disminuir la ansiedad. A partir de ese momento no cuida más al niño pero continúan los pensamientos y las imágenes que van en aumento así como los rituales.

También se ve asaltada por imágenes como clavarle un cuchillo a sus padres mientras estén en la mesa familiar.

Esto la angustia mucho al punto de comenzar con inasistencias a la escuela y, pasar horas en su cuarto repitiendo el conteo o las frases. Cosa que no manifiesta abiertamente a su familia por pudor.

Además se siente presionada por la elección de la carrera universitaria a seguir al concluir el secundario

- Antecedentes personales: se encuentra en psicoterapia desde hace 14 meses aprox. Por cuadro de ansiedad, necesidad de tener todo en orden en su cuarto y en la casa, lo que la llevaba a enojo y llanto si algo no se dejaba como ella quería. Exigencia personal con respecto al rendimiento escolar excesiva y, con respecto al deporte que realizaba, al que deja de asistir cuando no pudo cumplir al nivel que ella pretendía hacerlo.

Hasta el momento de la consulta todos estos síntomas no la llevaron a realizar interconsulta con psiquiatría, solo asistir a tratamiento psicológico.

- Antecedentes familiares: madre y padre se reconocen ansiosos, su madre lo manifiesta con la limpieza y el orden, teniendo que limpiar su casa casi todos los días, reconociendo que es excesivo pero que a ella le gusta así...

Hermana mayor en tratamiento psiquiátrico por ansiedad, trastornos en el sueño y cuadro depresivo, medicada con alprazolam y escitalopram por un colega hace ya 1 año.

- Luego de interconsultas pertinentes se indica comenzar tratamiento con Sertralina llegando a los 100 mg en 2 meses aproximados y Olanzapina en dosis de 5 mg titulada en 1 mes.
- Amplia mejoría con respecto a los síntomas, a los 3 meses ya concurre normalmente a clases y no tiene mas las imágenes recurrentes, la ansiedad sobre su futuro persiste, cosa que comienza a trabajar en la psicoterapia y las rumiaciones mentales son mucho menores.

- Logra concurrir a viaje de estudios acompañada por uno de sus padres ya que, continúa con medicación y ellos querían supervisar la correcta toma del mismo.
- En el mes de febrero del año 2018 comienza a asistir a los cursillos de la facultad a la cual concurre s/p.
- En el mes de marzo 2018 se discontinúa la toma de Olanzapina, y en el mes de junio comienza la disminución de Sertralina llegando a los 25 mg/día en el mes de octubre 2018, al tratar discontinuarla regresa la ansiedad y las rumiaciones con temática de rendimiento en la facultad. Continúa con 25 mg Sertralina en 2019.

Datos relevantes de entrevistas posteriores durante la pandemia (marzo 2020 hasta la actualidad (marzo 2021)).

- Aumento de ansiedad al comienzo ya que no conocía la modalidad de cursada virtual.
- Trastorno en el sueño con insomnio de conciliación por cambio de rutina al estar en casa y no salir para realizar ninguna actividad, se indica melatonina de 3 mg y organizar una rutina diaria con horarios para su desayuno, realización de actividad física y de estudio durante horario diurno, evitando estar despierta largas horas durante la noche y que no mire tv en su cuarto a la hora de dormir.

- Una vez organizada con los horarios y la forma de trabajo en su universidad mejoraron sus síntomas y su ritmo de sueño.
- Pide que se vuelva a intentar bajar la Sertralina en junio/julio 2020 cosa que se logra y se sostiene libre de medicación.
- En el mes de enero 2021 comienza con ansiedad, obsesiones con respecto a los contagios y trastornos en el sueño. Cuando realiza la consulta refiere estar ansiosa por las salidas con amigas y por la modalidad en su estudio.

Duda de la seguridad con respecto a contagiarse
(durante el año anterior no salió en ninguna
oportunidad, excepto lo estrictamente necesario para
cuidarse del covid)

- Al comenzar a socializar nuevamente en enero 2021, concurrir a bares y reuniones bajo protocolos comienzan las obsesiones y rumiaciones en torno a la pandemia y los contagios, aumenta la ansiedad y los rituales de limpieza (nuevos, ya que anteriormente no tenía)

- Se sugiere reforzar la psicoterapia y comenzar nuevamente con Sertralina 50 mg, a lo que responde con una mejoría al mes de comenzar el tratamiento.
- Con la llegada de la segunda ola de contagios decide continuar sus estudios vía virtual y minimizar los contacto con amistades hasta que se sienta segura.
- Actualmente mejor de animo, sin obsesiones ni rumiaciones pero con un extremo cuidado en las salidas mas allá de que las amigas siguen saliendo y asistiendo a lugares “no tan seguros” según ella.

L. Masculino 17 años

- Su mamá pide tener una entrevista virtual con mi persona por que le preocupa la situación de su hijo L. ya que, desde que comenzó la pandemia se exacerbaron los síntomas que tenia previos a la cuarentena y comenzó a tener síntomas nuevos
- El joven asiste a terapia desde hace mas de un año con psicólogo holístico quien no realiza la derivación, sino que surge de la inquietud de la madre.

- El día 29/9/2020 se concreta la entrevista con la mamá de L. quien se encuentra preocupada porque su hijo desde que tiene 15 años comienza con obsesiones con respecto a su desarrollo físico, sobre el bienestar de él y de su familia en especial cuando viajan en auto.
- Refiere que le contaba sobre imágenes de la familia teniendo un accidente y con el auto prendiéndose fuego lo que llevaba a que, cuando viajaban, pregunte en reiteradas oportunidades sobre la seguridad del automóvil.

- Por este motivo comienza tratamiento con psicóloga psicoanalítica y, luego, él decide comenzar con un terapeuta holístico (aunque su familia no estaba de acuerdo con el abordaje del ultimo psicólogo, L. logra una buena transferencia)
- Al comenzar la pandemia L. comienza con obsesiones con respecto a la comida y el medioambiente que lo lleva a cambiar su alimentación drásticamente y comenzar a implementar una dieta vegana, además de ejercicios muy exigidos

- Comienza con trastornos del sueño, insomnio de conciliación, pudiendo dormir alrededor de las 5 am y durmiendo hasta las 2 o 3 pm. Refiere que por la noche no puede dejar de pensar en la seguridad de la familia, de él mismo y del planeta. Tiene ideas sobre la creación del virus como forma de manipulación de la raza humana y, para disminuir los pensamientos y la ansiedad realiza saltos, ejercicios y busca mantras que repite mentalmente.

- Dejó de conectarse en el mes de mayo a las actividades escolares (mayor preocupación de su mamá) y tampoco realizaba los trabajos que le enviaban.
- En una ocasión decidió chequear el matafuegos del auto mientras estaban en el interior del mismo (hasta ese momento solamente recitaba mantras y lo tocaba en varias oportunidades chequeando que estuviera en su lugar)
- Después continuo chequeando que este cargado pero solo fuera del auto, antes de subirse.

- Se le explica a la mamá de la importancia de L. en una consulta para poder realizar una evaluación pero refiere que el joven se niega.
- A mediados de octubre la mamá vuelve a contactarse conmigo ya que, no tuvo mejoría en la terapia y quiere tener una entrevista nuevamente con mi persona de manera virtual y que este presente el papá de L. Al realizar la entrevista ambos refieren nuevamente las mismas situaciones pero sumada a que, desde su escuela piden que se envíe un certificado de asistencia tratamiento de L. para considerar las pautas escolares a seguir ya que desde el mes de mayo no realiza ninguna de las actividades escolares

- Se les vuelve a explicar sobre la importancia de la aceptación de tratamiento de L. quien ha cumplido en este periodo los 18 años.
- Me comunico con el psicólogo que lo atiende ya hace mas de 1 año para evacuar dudas sobre si el paciente logra expresar esto que refieren los padres que suceden y si es así, si el considera el tratamiento psiquiátrico como opción de trabajo interdisciplinario. Su psicólogo comenta que ve la necesidad de intervenir farmacológicamente pero que su paciente se niega a realizar consulta.

- Finalmente el 30/11 se concreta la entrevista con L. de manera virtual ya que no quería asistir de manera presencial.
- Hace referencia a las mismas obsesiones, ansiedad y compulsiones a las que hizo referencia su madre y su padre.
- Pregunto alrededor de una hora sobre los posibles tratamientos, duración, efectos indeseables, etc. de las medicaciones, y que si había garantía sobre que iba a funcionar 100%

- Se le explica todo y se tratan de evacuar todas las dudas que tiene el paciente (varias veces), y también la familia (en especial el padre), al concluir la entrevista L. queda en comunicar cual es la decisión a tomar.
- A la semana L. y su madre piden nuevamente consulta virtual. La misma no es para comenzar tratamiento, sino para volver a evacuar las dudas anteriores y algunas dudas mas sobre el tratamiento tanto del joven como de su padre, L. Refiere una marcada ansiedad y deterioro en sus relaciones, en aumento por no querer realizar trabajos escolares.

- También refiere la angustia que le producen las ideas e imágenes obsesivas. Es consciente de sus rituales y de la inutilidad de los mismos pero no puede dejar de hacerlos, ya que, negarse a realizarlos aumenta su ansiedad.
- Continua con dudas con respecto a la medicación y refiere que prefiere continuar intentando una mejoría por medio de la alimentación vegana, terapias energéticas y meditaciones que practica en sus sesiones terapéuticas.
- Quedo a disposición de L. y su familia

- En el mes de diciembre la madre vuelve a contactarme porque refiere que su hijo continúa igual, y que ella está preocupada ya que no notan mejoría con el tratamiento.
- Se le explica nuevamente los pasos a seguir y se indica que se comunique con el psicólogo que lo asiste a fin de encontrar una manera de que L. consulte con psiquiatría y que su psicólogo acompañe esta indicación. Luego de este contacto no hay una nueva conversación con ninguno de la familia ni con el terapeuta.

V. Masculino 19 años.

- Paciente que concurre a la consulta con mi persona desde el 30 de marzo de 2017, a la edad de 15 años mientras cursaba 3er año secundario.
- Asiste acompañado de su mamá quien muestra preocupación por los síntomas de su hijo, su papá no asiste por estar trabajando
- Es derivado por su psicólogo cognitivo conductual quien lo asiste hace 6 meses

- Motivo de consulta: refiere ideas y pensamientos que no puede evitar ni sacar de su cabeza, miedo que le suceda algo a su madre cuando el asiste al colegio.
- Enfermedad actual :Realiza rituales de limpieza, orden y simetría para contrarrestar la ansiedad que siente, también realiza los ejercicios que le indica su psicólogo, a veces lo logra pero otras veces no, y esto lo frustra y lo enoja.
- A comienzo iba bien pero al comenzar el 3er año él dice que empeoraron y no puede concentrarse en clases.

- En casa tarda aproximadamente una hora antes de ir a la escuela y otra hora al regresar realizando los rituales de limpieza, orden y simetría.
- Además esa simetría y orden también debe tenerlo en los útiles escolares y en la ropa.
- En el ámbito escolar no puede concentrarse en la clase si no desinfecta el banco que ocupa y lo alinea con las baldosas del piso del aula.
- Refiere que trata de disimular esto delante de sus compañeros por miedo a que se burlen de él.

- En la entrevista también refiere que sabe que no sucederá nada si no realiza los rituales pero que aumenta tanto la ansiedad que no puede pensar en otra cosa hasta que no está realizado. En casa es mas fácil que en la escuela realizar los rituales. También le provoca ansiedad tener que realizar trabajos en grupo en una casa de algún compañero, lo que lleva a un deterioro en las relaciones con sus pares, cosa que lo angustia parcialmente. Solo le molesta no poder cumplir con lo que piden sus profesores.

- Antecedentes personales: su madre comenta que siempre fue un niño ordenado y con miedos, pero que era muy sociable y disfrutaba de los amigos.
Aproximadamente en julio de 2016 comienza con el cuadro de preocupaciones excesivas y los rituales.
- Antecedentes familiares: madre en tratamiento psicológico por ansiedad, abuela paterna estuvo en tratamiento por depresión al igual que una tía paterna.
Resto s/p

- Se comienza tratamiento con Fluvoxamina titulándola hasta llegar a 100 mg/día.
- En 3 meses ha una mejoría importante en cuanto a las obsesiones como así con las compulsiones lo que lleva a V. a poder estar mejor en su casa y, en especial en el ámbito escolar.
- Continua con la medicación por 14 meses hasta julio 2018 momento en que se intenta bajar a 50 mg, y, en marzo 2019 se suspende medicación en su totalidad, solo queda realizando psicoterapia a la cual asiste cada 3 semanas

- Realiza actividad física frecuente, se reúne con amigo y, en julio de ese año ya con mes de 3 meses sin medicación y sin la recurrencia de síntomas, se le da el alta médica. No concurre mas a tratamiento con mi persona, continua con psicoterapia y en contacto informal a través de redes sociales donde me cuenta sobre la finalización de sus estudios secundarios y sobre hechos de su vida (viajes, elección de carrera universitaria etc.)

- En el mes de mayo del 2020 pide una entrevista virtual. Ya con 18 años la entrevista la realiza sin acompañamiento de padres.
- En la misma refiere que han regresado algunas ideas en especial en torno a la contaminación, que han ido en aumento en especial por la variada información sobre el contagio de covid y el inicio de la pandemia.
- Los síntomas comenzaron de a poco a partir de enero de ese año y han ido en aumento, regresando también los rituales de limpieza y orden. Miedo a contagiarse y a contagiar a su familia y ponerlos en peligro.

- No sale de su casa. Y si lo hace, tiene que extremar las medidas de limpieza general y personal, llevándolo a un resecamiento de la piel de sus manos por el alcohol en gel que utiliza en cada salida.
- Aumenta el tiempo en el que pasa bañándose y, debe hacerlo cada vez que regresa de una salida aunque en ella no haya tenido contacto con nada ni con nadie.
- Miedo extremo, pensamientos de contaminación y rituales de limpieza. Pide comenzar con tratamiento farmacológico y ya comenzó el tratamiento psicoterapéutico de manera semanal con su antiguo psicólogo.

- En el mes de junio ya instalado el antiguo esquema terapéutico, que le dio resultado, siendo Fluvoxamina 100 mg/día. Comienza lentamente mejoría en el mes de julio llegando a ser notoria en el mes de septiembre /octubre.
- Se continua con controles periódicos mensuales. Si bien el miedo excesivo y los rituales desaparecieron, continua con el cuidado y una sensación de poder contagiarse y estar en peligro en las salidas, aunque sale igual.

- Continúa las clases virtuales de su carrera universitaria
- Aun no pudo retomar la actividad física en el ámbito cerrado como acudía y disfrutaba antes (gimnasio), si puede hacerlo solo al aire libre.
- Concurre a bares o salidas solo con su estricta burbuja familiar y si es al aire libre, sin que ello signifique aumento de los síntomas pero no lo hace con amigos porque desconfía de cómo ellos se cuidan.
- Continúa medicado con Fluvoxamina 100 mg/día (a marzo 2021)

Conclusiones

- Siendo el TOC una enfermedad que se ve afectada por los periodos de estrés, no siempre el periodo de estresante es igual para todos los adolescentes.
- En los 4 casos son distintos los patrones de comienzo de enfermedad aunque si puede verse que, en mayor o menor medida, se vieron afectados por la pandemia

- Los pacientes que ya estaban en tratamiento previamente, tanto psicológico como psiquiátrico les fue mas fácil identificar el malestar y realizar la consulta de manera mas precoz, dada la experiencia de mejoría de los síntomas con la instalación de la medicación específica y la asistencia a psicoterapia.
- El acompañamiento de los padres es fundamental en la instalación y sostenimiento de la medicación, así como en la identificación de los síntomas y en el acompañamiento a la consulta.

- Dado que este periodo de pandemia nos ha afectado a todos siendo los niños y adolescentes los olvidados sobre las consecuencias del encierro y los cambios de rutina, hay que prestar atención y darle importancia a los cambios en el ritmo del sueño, el animo, la comunicación (o la falta de ella) y cualquier cambio en la iniciativas e inquietudes que a los padres puedan parecerles llamativos o perjudiciales para así realizar un pronto abordaje.

Bibliografía

- DSM 5.
- Datos Unicef sobre adolescencia y sus etapas.
- Definiciones OMS.