



LA EVOLUCIÓN CAMBIANTE DE LOS SÍNTOMAS. CASO CLÍNICO

Berta Pinilla Santos, Leticia Cobo Calvo, Juan José De Frutos Guijarro, Sara María Bañón González, Natalia Rodríguez Criado

Hospital Universitario de Móstoles

berta.eps@gmail.com

RESUMEN

En muchas ocasiones nos encontramos ante pacientes que parecen saltar o encadenar un síntoma tras otro a lo largo de su evolución; ¿por qué al poco tiempo de mejorar aparece un nuevo síntoma? Quizá debamos intentar averiguar qué se oculta en realidad tras ellos. Presentamos el caso de un varón de 28 años que acude a Hospital de Día tras varios ingresos en Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría por un cuadro obsesivo grave con ideación suicida. Se analizarán los múltiples síntomas presentados en su biografía y evolución en el centro y el funcionamiento global de los mismos.

LA EVOLUCIÓN CAMBIANTE DE LOS SÍNTOMAS. CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista conceptual, el trastorno obsesivo-compulsivo se ha situado clásicamente, desde finales del siglo XIX, en el contexto de los trastornos neuróticos, bajo el supuesto de que el conflicto infantil era el eje de la etiopatogenia. Así, desde las primeras descripciones del trastorno obsesivo-compulsivo de principios del siglo XX, han sido diversas las hipótesis psicológicas sobre la génesis y mantenimiento del trastorno obsesivo. Las primeras formulaciones, de carácter psicoanalítico postulaban la existencia de traumas infantiles en la fase anal del desarrollo; modelos más recientes, de orientación conductual y cognitiva, han hecho hincapié en la importancia del aprendizaje, el estilo educativo y los esquemas cognitivos en la aparición de la patología obsesiva. Han sido múltiples las discusiones acerca de si tenía un origen intelectual, emocional o volitivo o si se trataba de una enfermedad convencional o era la expresión de un trastorno de personalidad o de si se podía presentar junto a otros trastornos psiquiátricos.

En la década del 90 se comenzó a hablar del Espectro Obsesivo Compulsivo, término acuñado por autores como Hollander que englobaría a un grupo de síndromes relacionados. El modelo sugiere que varios trastornos se superponen y pueden coexistir con el TOC en el perfil sintomático, la demografía, la historia familiar, la neurobiología, comorbilidad, curso clínico y respuesta a diferentes tratamientos farmacológicos. El concepto de espectro obsesivo-compulsivo parte de la idea del continuum dentro de una concepción dimensional de la compulsividad/impulsividad con dos polos. Así, los trastornos incluidos en el espectro obsesivo-compulsivo se distribuirían a lo largo de esta dimensión en función del predominio de uno u otro patrón conductual. En uno de los polos se situarán los trastornos relacionados con la sobreestimación del daño y la evitación del riesgo, en los que las compulsiones se realizarán en un esfuerzo para reducir la ansiedad o la amenaza percibida como es el caso del TOC, el trastorno dismórfico corporal y la anorexia nerviosa. En el polo opuesto, se encontrarían los trastornos asociados a la impulsividad y la subestimación del daño como podría ser el juego patológico, la cleptomanía, trastorno de personalidad antisocial, etc. En numerosos estudios se ha observado la correlación entre TOC y trastornos dentro de dicho espectro.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un paciente en seguimiento en Hospital de Día donde realiza tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico. Se pretende mostrar la evolución de la sintomatología cambiante presentada por el paciente y posible correlación diagnóstica y funcionamiento global.

Descripción del caso

LA EVOLUCIÓN CAMBIANTE DE LOS SÍNTOMAS. CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Varón de 28 años que acude a Hospital de Día derivado por su Psiquiatra de referencia por escaso control de la sintomatología de forma ambulatoria.

Antecedentes personales

- Antecedentes somáticos

Ninguno antecedente médico-quirúrgico de interés.

Fumador de unos 15 cigarrillos/día. Consumo habitual de alcohol (2 L de cerveza/día).

Refiere antecedentes de consumo de cannabis desde los 14 a los 20 años y de cocaína desde los 16 a los 26 años.

- Antecedentes psiquiátricos

Ha realizado seguimiento en Salud Mental desde los 22 años con Psicólogo Clínico y Psiquiatra. Diagnosticado de Trastorno de la Personalidad con rasgos obsesivos vs. Trastorno Obsesivo-compulsivo.

Tres ingresos previos en UHB en los últimos dos años por empeoramiento de su patología de base con cuadro obsesivo grave con ideación autolítica. El paciente presentaba ánimo bajo y marcada angustia con pensamientos circulares en torno a la idea de morir "la vida no merece la pena; "no creo que haya nadie que sufra tanto como yo", además de pensamientos de corte hipocondríaco en relación a la posibilidad de estar enfermo y necesitar cirugía en el cerebro. Refiere que "el TOC no tiene cura" y "haberse quedado tonto" y no poder relacionarse con la gente, ideas que verbaliza de forma repetida y persistente sin poder salir de esta temática. No realiza conductas de evitación ni se objetivaron alteraciones sensorio-perceptivas en la exploración psicopatológica. Claudicación familiar importante.

Se ha realizado TAC cerebral en el que no se aprecian alteraciones.

- Situación actual

Vive en domicilio familiar con padres y hermano menor. Estudios realizados de Grado Medio en climatización, sector en el que estuvo trabajando durante siete años hasta que la empresa realiza despidos, motivo por el que actualmente se encuentra desempleado desde hace 3 años. Recibe una pensión por minusvalía reconocida del 65%. Actualmente no tiene pareja.

Tratamiento psicofarmacológico

Fluvoxamina 300mg/día, aripiprazol 5mg/día, clonazepam 2mg y lormetazepam 2mg.

LA EVOLUCIÓN CAMBIANTE DE LOS SÍNTOMAS. CASO CLÍNICO

Centro de Programas Terapéuticos de Día. Hospital de Día Psiquiátrico

- Se reconstruye historia biográfica

Durante el embarazo, el abuelo materno sufre de un infarto de miocardio. La madre refiere gran afectación.

Nacimiento con parto complicado, con sufrimiento fetal precisando ingreso durante 10 días. Seguimiento por Neurología con desarrollo evolutivo normal. La madre se mostró muy preocupada e insegura y deja de trabajar para dedicarse al cuidado de su hijo. En una de las entrevistas mantenidas refiere a convicción de que los problemas del parto y embarazo han podido dejar secuelas en su hijo, a pesar de no haberse encontrado dichas secuelas en seguimiento médico.

Descrito como un niño poco autónomo y miedoso, al que le costaba separarse de su madre y miedoso y poco lanzado a explorar cosas nuevas o diferentes. Describen episodios de descontrol del comportamiento con ira que se producían sobre todo ante injusticias con compañeros en el colegio. Tendencia a querer agradar a la gente y dejarse llevar por el grupo de iguales.

A los 10 años de edad, fallece su primo enfermo de epilepsia por ahogamiento en un pantano. La madre refiere que el paciente no pudo dormir esa noche "estuvo tiritando conmigo toda la noche".

Posible angustia por separación no diagnosticada en la infancia. Relatan cómo cuando los padres salían, se mostraba muy temeroso a que les pudiera suceder algo, teniendo que comprobar mediante llamadas telefónicas constantes que se encontraba bien.

En la adolescencia comienza el consumo de tóxicos (alcohol, cannabis y cocaína). Tiene un accidente de coche por conducir ebrio. Su madre comienza a trabajar. Ésta se muestra muy desconfiada con sus comportamientos y le llama constantemente para saber cómo está y recibe tratamiento por ansiedad y sintomatología depresiva.

Ha tenido varias relaciones de pareja. A los 22 años inicia tratamiento psicológico por ideas de corte obsesivo en relación a posibles infidelidades por parte de su pareja con importante repercusión sobre el comportamiento y relación (desesperación, labilidad emocional, interferencia en actividad laboral), llegando incluso a ser denunciado por acoso amenazas, motivo por el cual interponen orden de alejamiento. Misma conflictiva con nueva pareja a la que llega a llamar en unas vacaciones hasta 30 veces al día.

Primer ingreso en Psiquiatría con 26 años tras ruptura de pareja. Le siguen dos nuevos ingresos anteriormente descritos a los 27 años. Mantiene ideación obsesiva centrada en que "su cerebro no le funciona bien y que se ha quedado tonto de la cabeza por las drogas".

LA EVOLUCIÓN CAMBIANTE DE LOS SÍNTOMAS. CASO CLÍNICO

- Evolución y tratamiento

En un principio el paciente mantiene una sintomatología obsesivo-compulsiva. Se trabaja en la reconstrucción de la función positiva de los síntomas y contención sintomática mediante estrategias estratégicas y tratamiento farmacológico. Se aprecia una mejoría en la sintomatología obsesiva. Es entonces cuando se ponen de manifiesto episodios de descontrol de impulsos con agresividad y conductas de carácter impositivo llegando incluso a exponerse a situaciones de riesgo (peleas y conflictos con personas de su entorno, conducción bajo efectos de alcohol, altercados con la policía...). Se realizan prescripciones para bloquear las demandas e imposiciones y se trabaja en una expresión funcional de la agresividad. Comienza a jugar por internet lo que le hace perder importantes sumas de dinero en juegos de apuestas, y aumenta el consumo de alcohol y tabaco por lo que crece nuevamente la preocupación por parte de su familia a los que constantemente pide ayuda y control.

La hipótesis de trabajo planteada en Hospital de Día es que el paciente presentaría dificultades en el proceso de individuación-separación con expresión en la evolución de la sintomatología mostrada por el paciente.

- Juicio diagnóstico

Trastorno obsesivo-compulsivo con rasgos impulsivos de personalidad.

DISCUSIÓN

a) Sobre las dificultades en el trabajo de individuación-separación:

Por un lado observamos un patrón de sobreprotección materna, manifestada desde la infancia del paciente lo que le dificulta el acceso a áreas de autonomía, que únicamente consigue mediante conductas de riesgo y descontrol. A su vez estas conductas refuerzan la sobreprotección materna y las dificultades de individuación con una importante pérdida de autonomía.

En sus relaciones afectivas significativas se produce intensa ansiedad ante la posibilidad de abandono. Así, cuando se ha producido algún movimiento de toma de distancia por parte de sus parejas (periodo de vacaciones o acudir a algún lugar sin avisarle) comienza con rumiaciones obsesivas de contenido celotípico y llamadas compulsivas. Este comportamiento actuaría a modo de profecía autocumplidora produciéndose finalmente el rechazo y ruptura por parte de sus parejas. Por otro lado, estas conductas han sido aprendidas ya en entorno familiar cuando sus padres salían y él les llamaba de forma insistente e incluso cuando su madre llamaba al propio paciente para comprobar que se encontraba bien.

LA EVOLUCIÓN CAMBIANTE DE LOS SÍNTOMAS. CASO CLÍNICO

b) Sobre la función homeostática de los síntomas:

Se trabaja también sobre esta hipótesis, en la cual se plantea que las ideas obsesivas estarían cumpliendo una función homeostática de cronificación y confirmación de su identidad como persona enferma a la que hay que cuidar. Así el contenido obsesivo está enfocado en ideas hipocondríacas y de minusvalía con crítica a sus propias capacidades cognitivas y de relación social, lo que no ha sido objetivado durante el seguimiento en el centro. Las ideas que su madre tiene acerca de posibles daños neurológicos sufridos durante el embarazo y parto así como la concesión de una calificación de minusvalía que el propio paciente solicitó, confirman la percepción de enfermedad y contribuyen a la cronificación de la problemática.

c) Sobre el funcionamiento global del paciente:

Como hemos señalado anteriormente, el paciente funciona dentro de un círculo en el que, por un lado demanda autonomía ("quiero ser autosuficiente y vivir solo") ante el control por parte de su familia que se muestra desconfiada y asustada por sus comportamientos y enfermedad y por otro lado las conductas de riesgo y descontrol de impulsos que generan un mayor control familiar.

El paciente en las entrevistas mantenidas expresa sentimientos de culpa ante dichas conductas y la preocupación que produce sobre su madre y solicita, de forma paradójica un mayor control externo por parte incluso de los profesionales del centro lo que no produce otra cosa que la contribución a una cronificación del proceso.

d) Sobre el diagnóstico del paciente:

El paciente fue diagnosticado de Trastorno obsesivo-compulsivo con rasgos impulsivos de personalidad. Como ya hemos expuesto anteriormente, la sintomatología presentada por el paciente bien podría encuadrarse dentro de la concepción dimensional del espectro obsesivo-compulsivo pasando de un patrón de conducta propio del TOC a otras conductas de características más cercanas al polo de la impulsividad (juego patológico o trastorno límite de personalidad).

CONCLUSIONES

La muy frecuente coexistencia de sintomatología obsesivo-compulsiva con otra psicopatología, ponen en cuestión no solamente la ubicación nosológica del TOC sino su misma especificidad diagnóstica.

El caso que se ha presentado es un fiel reflejo de cómo en su evolución se pueden cumplir criterios de diversos trastornos psiquiátricos, evidenciando una situación que se da con gran frecuencia en nuestras consultas: la de la comorbilidad y las dificultades diagnósticas del TOC.

LA EVOLUCIÓN CAMBIANTE DE LOS SÍNTOMAS. CASO CLÍNICO

Por este motivo destacamos la importancia de ampliar nuestras miras hacia una visión más dimensional en la que, partiendo de la evaluación sintomática podamos llegar a observar el funcionamiento de nuestros pacientes de una forma más global, pudiendo llegar así a descubrir los que se oculta realmente detrás de los síntomas y realizar una mejor intervención terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. y cols. Tratado de Psiquiatría. Ed. Marbán, 2012. Cap. 92, 1282-91.