

Comorbilidad Ansioso-Afectiva: Valoración y Propuesta de Tratamiento de un Caso.

Juan Antonio Becerra García.
Departamento de Psicología. Universidad de Jaén.

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad y depresión son los que mayores tasas de comorbilidad presentan, siendo muy común que personas con trastornos ansiosos presenten episodios afectivos o viceversa. En el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) la condición co-existente más común que afecta a personas que lo presentan es la depresión, siendo el trastorno depresivo mayor el desorden comórbido más común en TOC. En el presente trabajo se describe un caso clínico en el que se presenta la comorbilidad de un trastorno depresivo mayor en el curso de un TOC en el que predominan las obsesiones de contenido agresivo y contaminación y las compulsiones de limpieza, comprobación y orden, siendo el motivo de consulta la sintomatología depresiva. Se recoge la principal sintomatología que presenta la paciente (cognitiva, afectiva, motivacional, fisiológica y conductual) una vez evaluada, el tratamiento farmacológico iniciado y el tratamiento psicológico que se diseñó para intervenir primero en la sintomatología depresiva (control de estímulos y terapia cognitiva para la ideación suicida y autocrítica y un programa conductual y de habilidades sociales para aumentar conductas deficitarias y reducir conductas problema) y posteriormente en el TOC (exposición y entrenamiento en autoinstrucciones). Como conclusiones generales se pueden destacar que la alta comorbilidad de estos trastornos plantea relaciones de difícil interpretación, pudiendo deberse a la existencia de un sustrato biológico común, a una predisposición natural o al sufrimiento crónico derivado del TOC, aunque esta también puede ser debida en parte a la inespecificidad nosológica derivada del sistema multiaxial utilizado para el diagnóstico.

INTRODUCCIÓN:

La comorbilidad psiquiátrica hace referencia a la presencia de un antecedente o síndrome psiquiátrico concurrente que se suma al diagnóstico principal, para considerar que los trastornos son comórbidos, ambos deben estar presentes como episodios con expresión completa. (1) Los trastornos de ansiedad y depresión son los que mayores tasas de comorbilidad presentan, siendo muy común que ambos se den a la vez. Específicamente en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) suelen aparecer comórbidos diferentes trastornos del Eje I del DSM-IV (2-3) como: otros trastornos de ansiedad (fobia específica y trastorno de pánico principalmente), trastornos depresivos, abuso de alcohol, juego patológico, trastornos de la alimentación, trastornos del control de impulsos (síndrome de Tourette, tricotilomanía, cleptomanía), trastorno dismórfico corporal, hipocondría, esquizofrenia, sintomatología psicótica y trastorno de despersonalización (2-3).

De estos, la depresión es la patología comórbida más frecuente, del 28-38 % de pacientes con TOC la padecen (2). Otros estudios en pacientes con TOC detectan que el 85 % presentaba un estado depresivo, aunque sólo un 27 % cumplían criterios diagnósticos de un trastorno depresivo, observándose que en el momento del diagnóstico, la tercera parte de estos pacientes presentaban depresión mayor (1). Otros autores estiman que la cifra de pacientes obsesivos que cumplen criterios de Depresión Mayor oscila entre un 13-35 % (4).

Dependiendo del momento de aparición, se pueden establecer las siguientes relaciones entre TOC y la patología afectiva: sintomatología depresiva que aparece en el curso del trastorno

obsesivo; síntomas obsesivos que aparecen en el inicio o curso de un trastorno depresivo y episodios obsesivos periódicos, que se pueden interpretar como fases depresivas (5). Frecuentemente, el trastorno afectivo es secundario al TOC primario, Rachman y Hodgson informaron que un 55 % de sus pacientes no presentaban un trastorno depresivo antes de comenzar a padecer el TOC, mientras que muchos de esos pacientes desarrollaron la depresión más tarde (6), para Welner y sus colaboradores, hay una probabilidad 3 veces mayor de que la depresión siga al TOC en lugar de precederlo (7). Según Vallejo, Gastó, Cardoner y Catalán, si se considera que los trastornos depresivos secundarios son más frecuentes en TOC que los primarios, las tasas de comorbilidad entre ambas patologías están próximas al 57% (1).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de comorbilidad ansioso-afectiva, primero se describe el caso, un trastorno afectivo secundario a un trastorno de ansiedad, que cumple criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor y TOC, evidenciándose en este caso una situación que se da frecuentemente en consulta, la de la comorbilidad psiquiátrica. Posteriormente se presenta la evaluación inicial realizada y una primera aproximación, a grandes rasgos, al tratamiento psicológico que sería necesario implementar según los datos obtenidos en estas fases iniciales de valoración.

PRESENTACIÓN DEL CASO

A. Datos Personales y Motivo de Consulta.

Mujer de 43 años, casada con una hija, actualmente es ama de casa. En los últimos meses, refiere encontrarse constantemente preocupada y triste, con muchas ganas de llorar y con dificultad para dormir.

B. Historia Clínica y Socio-familiar.

Ha realizado estudios escolares elementales, proviene de una familia integrada por los padres y un hermano mayor que ella, con nivel socio-económico medio-bajo. No hay antecedentes familiares somáticos o mentales relevantes, aunque refiere que su madre ha sido desde siempre algo “nerviosa”. Se considera una persona responsable tanto en su hogar como en los trabajos que ha realizado (trabajos agrícolas, taller de confección). Siempre se ha preocupado y responsabilizado del bienestar de su familia. Vive con su marido, de 45 años y de profesión comercial, y su hija de 15 años.

Se define a ella misma como “obsesiva”, manifestando que esto es su “gran problema”. Durante su niñez, su madre fue mordida por un perro, y recuerda como esta se mostraba preocupada por lo que pudiera pasarle tras la mordedura, reconoce que este hecho le afectó y le preocupó en gran medida. A los 6 meses de tener a su hija empezó a sentir una “sensación de asco” ante cualquier cosa desagradable (suciedad, basura, animales, etc.). Pasados dos años del nacimiento de su hija, unas discusiones entre familiares hacen que la paciente empeore, aumentando la “sensación de asco”, el nerviosismo y adelgazando. No comenta a partir de estos sucesos ningún periodo en el que su malestar haya mejorado.

Lo que le ha llevado a solicitar ayuda ahora son las ideas de suicidio que tiene por la sensación de impotencia que experimenta al no poder salir de su problema, el ser “obsesiva”. Manifiesta no haber pensado en la forma de quitarse la vida, pero el tener estas ideas más frecuentemente en las últimas semanas ha hecho que aparezca un miedo a hacerse daño a sí misma, que aumente el malestar que experimenta por el hecho de poder dejar a su marido y a su hija solos, haciéndola sentir culpable por ser “mala persona”, además llora frecuentemente, principalmente cuando esta sola.

La paciente se ducha, de una a dos horas o más, a la vuelta a casa cada vez que tiene que salir, debe entrar en casa siempre descalza y procurando no tocar nada desde que entra a hasta que llega al baño, cuando termina de ducharse lava su ropa. Hace que su marido y su hija hagan el mismo ritual antes de entrar a casa y limpia con un paño cada sitio que hayan podido tocar desde que entran (muebles, paredes, interruptores, pomos de puertas, etc.) y llegan al baño. Manifiesta que si no hace esto experimenta un gran malestar y que se siente culpable por sentirse mejor haciendo que se duchen. Limpia la casa durante varias horas, debe empezar siempre por la cocina y acabar la limpieza allí, e invierte mucho tiempo, según ella, en ordenar los muebles, adornos, etc. Limpia todo objeto inerte que entra a su casa (productos de la compra, ropa, papeles, etc.). Constantemente esta preocupada por la suciedad que pueda entrar en su casa, y por lo que le pueda suceder a su marido y su hija, que enfermen que sufran un accidente, etc., incrementándose este malestar cuando considera que puede que ocurra esto por su culpa.

Frecuentemente está comprobando que las puertas, cerraduras, ventanas estén bien cerradas, sobre todo cuando sale de casa, debe empujar a la puerta un mínimo de 4 veces y en algunas ocasiones ha tenido que dar la vuelta varias veces para comprobar de nuevo que la puerta no se había quedado abierta, además también comprueba el gas y otros electrodomésticos que considera peligrosos (horno, frigorífico, calefactores, etc.).

Las relaciones con su marido y su hija las cataloga como buenas, con su hija tiene comunicación y comparte tiempo con ella todos los días. Con su marido habla poco y comparte poco tiempo, más los fines de semana, por su trabajo. Frecuentemente discute con ellos porque no entienden su “problema”, por lo que dice sentirse incomprendida, avergonzada, mala y culpable, llegando en estas discusiones la mayor parte de las veces a llorar y a sentir la necesidad de que algún día la perdonen. En cuanto a la relación con su hermano también la define como buena en general, aunque comparten menos tiempo del que a ella le gustaría, debido a su “problema”.

No tiene amigos, ni otras relaciones sociales fuera de la familia, ni realiza actividades de ocio por las dificultades que le origina su “problema”. Su tiempo libre dice dedicarlo a dar algún paseo, conversar con su hermano y la familia de esta por teléfono, aunque no muy frecuentemente.

En cuanto a sus actividades diarias y en fin de semana, durante la semana se suele levantar tarde aproximadamente hacia las 12 de la mañana todos los días, suele dormirse sobre las 5 de la mañana, no teniendo sensación de descanso al levantarse. Después de levantarse cocina y tras comer se dedica a hacer cualquier actividad doméstica, ver la televisión o salir a casa de familiares próximos y hacer la compra, pero solo si es necesario. Las tareas domésticas dice dejarlas para cuando tiene ganas, o cuando entra de estar en la calle que es cuando se pone a limpiar, ordenar, ducharse, lavar la ropa, etc.

Antecedentes Patológicos Personales: Preeclampsia, a la edad de 28 años, tratada con reposo y control médico. Tratamientos Previos: Ha recibido tratamiento psicofarmacológico anterior, hace aproximadamente 5 años, según refiere, compuesto por Motivan y Trankimazin, de duración de unos 2-3 meses, que acabo abandonando por cuenta propia. Durante esta intervención recibe su primer diagnóstico psiquiátrico, que fue de “trastorno de ansiedad en forma obsesiva”, este diagnóstico marca a la paciente, pasando ella misma a considerarse como una persona “obsesiva” y sin posibilidad de hacer frente a esto.

A la consulta inicial, refiere tomar por propia iniciativa Orfidal y Lorazepam, tras haberle sido recetado por el médico de atención primaria hace unos 2 años, cuando se encuentra nerviosa, no especifica nada más sobre dosis y tomas diarias.

EVALUACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DETECTADA

Evaluación psicométrica inicial, pruebas utilizadas y resultados: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): nivel de ansiedad moderada. Inventario de Depresión de Beck (BDI), nivel de depresión moderado. Escala de Ideación Suicida (SSI), ideación suicida leve-moderada. Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ), nivel de preocupación grave. Escala de Asertividad de Rathus (RAS), ligero déficit en asertividad. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg, déficit de autoestima. Escala de Obsesiones-Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS): se encuadra en un nivel de sintomatología del TOC (obsesiones y compulsiones) grave, invierte de 3-8 horas al día en ellas, le producen interferencia y malestar grave en su vida diaria, siempre cede ante estas, tiene poco control sobre ellas y muestra buena conciencia sobre el problema. En el Listado de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown, las obsesiones especialmente problemáticas son las de contenido de contaminación, contenido agresivo y otras de diverso contenido (necesidad de recordar y miedo a decir ciertas cosas). En cuanto a las compulsiones, las más problemáticas son las de lavado/limpieza, las de comprobación/seguridad, los rituales de repetición, arreglo y orden, y otras varias (rezar y necesidad confesarse).

Pruebas Complementarias: Análisis hematológico y bioquímico de sangre, bioquímica estándar y hematología normal. TSH normal.

Tras la evaluación realizada, la sintomatología detectada en la paciente se puede agrupar en cognitiva, afectiva, motivacional, fisiológica y conductual. Un resumen de la sintomatología detectada se presenta en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Sintomatología Cognitivo-Afectiva.

COGNITIVA	
-	Preocupación y temor excesivo por la suciedad y llegar a enfermar por la suciedad o por el contacto con otra persona enferma.
-	Preocupación por ser la responsable de que enfermen su marido y su hija.
-	Preocupación excesiva por ser la responsable de algún accidente que afecte a sus familiares.
-	Preocupación y temor excesivo a dañarse a si misma o a sus familiares y a estar haciendo algo embarazoso o decir algo erróneo.
-	Imágenes violentas en las que hace daño a su familia.
-	Miedo a perder el control y hacer daño a sus familiares o a si misma.
-	Rumiación, sobre la necesidad de perdón por parte de su marido y su hija.
-	Ideas suicidas.
-	Autocrítica patológica por su debilidad y sus errores.
-	Creencias de que tiene un aspecto horrible.
-	Creencias de que será castigada.
AFECTIVA	
-	Tristeza.
-	Desesperanza.
-	Ansiedad.
-	Culpa por hacer sufrir a su marido y su hija con su problema y porque ningún familiar puede entrar a su casa.
-	Vergüenza de si misma.

<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad. - Sentimientos de fracaso. - Insatisfacción y aburrimiento.
--

Tabla 2. Sintomatología Motivacional, Fisiológica y Conductual.

MOTIVACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> - Intenta no pensar en obsesiones pero no lo consigue. - Desinterés por las relaciones sociales. - Dificultad para tomar decisiones.
FISIOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> - Tensión motora (temblor generalizado, fatigabilidad). - Hiperactividad vegetativa (sensación de calor, rubor facial, sudoración, taquicardia, respiración acelerada). - Mareo o aturdimiento. - Molestias digestivas. - Llanto continuo. - Insomnio. - Menor apetito.
CONDUCTUAL
<ul style="list-style-type: none"> - Mantiene pocas relaciones sociales. - Mantiene poco contacto con otros familiares. - No realiza actividades de ocio. - Discusiones familiares por su problema. - Pregunta mucho a su familia si no les ha hecho daño. - Déficit en asertividad. - Conductas excesivas y frecuentes relacionadas con las compulsiones: Lavado y limpieza excesiva, conductas de comprobación y seguridad, de arreglo y orden y de repetición y contabilización.

DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE TRATAMIENTO.

En este caso, la paciente presentaría, en el momento de realizar la evaluación, los siguientes diagnósticos de acuerdo al DSM-IV-TR (8):

Eje I: Trastorno Obsesivo-Compulsivo (con buena conciencia de enfermedad). Más un Trastorno Depresivo Mayor, episodio único moderado.

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: Sin diagnóstico.

Eje IV: Estresores familiares (relacionados con la problemática que presenta).

Eje V: Escala de Funcionamiento Global de 41 a 50 puntos.

Hay que resaltar que antes de iniciar el tratamiento, es de importancia realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, es necesario saber si los síntomas obsesivo-compulsivos son el trastorno primario o aparecen en el contexto de otra entidad nosológica, si hay patología comórbida, como en el caso de nuestra paciente, ya que la depresión comórbida es un factor pronostico negativo en pacientes de larga evolución como este caso (9), además de tener en cuenta otros factores que pueden modificar el resultado terapéutico, factores como la ausencia de motivación, lesiones cerebrales, personalidad, apoyo familiar y nivel de funcionalidad previa.

El tratamiento a seguir requiere una combinación de tratamiento farmacológico y psicológico. En primer lugar se realizó la remisión de la paciente para la revisión psiquiátrica de la medicación que estaba tomando por propia iniciativa y para la instauración de medicación para

la patología actual si procedía, en la primera consulta con el psiquiatra se instauro un tratamiento farmacológico compuesto por Anafranil (Clomipramina) 75 mg/día, Seroxat (Paroxetina) 20 mg/día y Orfidal (Lorazepam) 1 mg/día, y se indica la adecuación de recibir tratamiento psicológico además del farmacológico. Se empieza a diseñar tratamiento psicológico para su implementación (ya que hasta la fecha solo se han realizado 2 sesiones de evaluación, además de la consulta con el psiquiatra), el tratamiento estaría dirigido a intervenir en primer lugar sobre ideas suicidas y sintomatología depresiva (mediante el tratamiento de las ideas suicidas con control de estímulos, contrato conductual y terapia cognitiva. Intervención en la vergüenza y autocrítica patológica mediante psicoeducación. Implementación de un programa conductual para incrementar conductas deficitarias y reducir conductas problema. Control de estímulos, uso de familiares como coterapeutas, control de expresiones de disforia, modificación de la conducta verbal, programa de actividades agradables, terapia cognitiva basada en el modelo de Beck, habilidades sociales y resolución de problemas) y posteriormente sobre el TOC (mediante exposición con prevención de respuesta, en imaginación y en vivo y entrenamiento en autoinstrucciones), ya que para abordar este último se trataría el episodio afectivo en primer lugar.

CONCLUSIONES

Como conclusiones generales del caso descrito podríamos destacar que la paciente, presenta obsesiones y compulsiones comportamentales de contenido referente a comprobación y limpieza que afectan a su vida familiar generando conflictos, e influyen en la sintomatología depresiva que aparece posteriormente, mostrando así lo que ocurre habitualmente en el paciente que padece TOC con depresión, que la aparición de esta última por importante que parezca, es secundaria al TOC. Se han tenido en cuenta los trabajos que han constatado la utilidad de asociar la terapia cognitiva con la exposición con prevención de respuesta o asociar la exposición con prevención de respuesta con el tratamiento farmacológico en el TOC, ya que ambos tratamientos combinados potencian su efecto (12), y se ha empezado a diseñar e intervenir mediante la combinación de tratamientos, adecuándolos a la problemática concreta que presenta la paciente.

En cuanto al diagnóstico que se realice, la información que sobre este se de al paciente debe ser cuidadosa en cuanto al contenido y la forma, ya que un diagnóstico psiquiátrico puede ser una etiqueta que estigmatice a la persona y a este solo le sirve para potenciar su malestar, como ocurre en este caso. También en relación al diagnóstico, un sistema de clasificación en el que los rangos no son excluyentes entre sí, como ocurre en el DSM, puede llevar a un polidiagnóstico, con lo que la comorbilidad psicopatológica, tan frecuente en la práctica clínica, puede ser debida en parte a una inespecificidad nosológica.

Por último en referencia a la interpretación de la relación entre ambos trastornos, debido a la alta coexistencia de ambos, plantear que hacer alguna interpretación es dificultosa, ya que la alta comorbilidad entre podría deberse a diferentes factores, como una predisposición natural, la existencia de un sustrato biológico común a ambos trastornos o a la presencia de síntomas afectivos como consecuencia de un sufrimiento crónico como el que generalmente padece el paciente con TOC.

REFERENCIAS

1. Vallejo J, Gastó C, Cardoner N, Catalán R. Comorbilidad de los trastornos afectivos. Barcelona: Ars Médica; 2002.

2. Leahy RL, Holland SJ. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: The Guilford Press; 2000.
3. Bellack A, Hersen M, Salkovskis P. Comprehensive clinical psychology. Oxford: Pergamon; 1998.
4. Alonso MP, Pinfarré J. Manía y trastorno obsesivo-compulsivo. Monografías de Psiquiatría 2002; 4.
5. Barcia D. Comorbilidad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines 1996; 24: 91-96.
6. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
7. Welner A, Reich T, Robins E, Fishman R, Van Doren T. Obsessive compulsive neurosis: record, follow-up and family studies. I. Inpatient record study. Compr. Psychiatry 1976; 17: 527-539.
8. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
9. Yaryura-Tobias JA, Neziroglu F. Trastornos obsesivos compulsivos. Madrid: Harcourt Brace; 1997.
10. Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work. New York: Oxford University Press; 1998.
11. Calvocoressi L. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of a Family behaviour. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187 (10): 636-642.
12. Vallejo MA. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. Psicothema 2001; 13 (3): 419-427.