

Un caso de deterioro psicosocial grave en trastorno obsesivo-compulsivo

Gómez Pardiñas, S.M.; Vicente Alba, J.; Vázquez Ventoso, C.;
Ramos Caneda, A.; Miguel Arias, D.

Psiquiatras del Servicio de Psiquiatría del CHUAC

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad frecuentemente grave e incapacitante que afecta al 2% de la población. Se caracteriza por obsesiones y/o compulsiones que causan un distrés marcado al paciente, consumen mucho tiempo (más de una hora al día) e interfieren en el funcionamiento normal de la persona (laboral o académico) y también en la actividad social y en las relaciones interpersonales. Se trata de un trastorno crónico con un curso fluctuante. Con un tratamiento eficaz la gravedad de los síntomas se puede reducir, pero por lo general no desaparecen completamente.

Hasta hace relativamente poco tiempo se desconocía en qué grado este trastorno se asociaba a deterioro funcional. Sin embargo investigaciones recientes muestran que la discapacidad social y laboral que genera son significativas. En este sentido, la OMS ha estimado que el TOC está entre las 20 primeras enfermedades que son causa de discapacidad en personas de entre 15 y 44 años y otros autores la sitúan como la décima causa de discapacidad en el mundo industrializado. Asimismo se ha visto que el grado de deterioro funcional se relaciona con la severidad de los síntomas del TOC (especialmente con la severidad de las obsesiones), así como con la presencia de síntomas depresivos.

Con la presentación de éste caso queremos destacar la importancia de hacer una evaluación del deterioro social y funcional asociados al TOC así como la conveniencia de valorar los factores relacionados con una mayor discapacidad.

Situación clínica

Motivo de consulta

El paciente ingresa por presentar un grave aislamiento social, llevando 9 años sin salir del domicilio más que para comprar comida enlatada, con abandono del aseo personal y del cuidado de la casa, en la que existía un gran acúmulo de objetos. Son sus vecinos los que avisan a la policía ante el mal olor procedente de la vivienda.

Antecedentes personales

Tartamudez en la infancia. Valorado por psiquiatra privado a los 19 años, debido a un estado de bajo ánimo reactivo a dificultades de adaptación a los estudios universitarios. Se le pautó un tratamiento con antidepresivos que suspendió por su cuenta a los dos meses y no volvió a las consultas.

Antecedentes familiares

Padre: Alcoholismo. Estuvo a tratamiento por depresión (se desconoce el diagnóstico exacto). Falleció en el año 1.999 de cáncer de pulmón.

Madre: Tratamiento por depresión desde hacía años y parece ser que con algún período de compras compulsivas (aunque tampoco disponemos de un diagnóstico exacto). Los últimos 9 años había abandonado el tratamiento y vivía aislada en el domicilio junto con el hijo, abandonando su autocuidado y el de la casa. Fallece en el domicilio en estas circunstancias, 20 días antes del ingreso del paciente en el hospital.

Enfermedad actual

Varón de 34 años, soltero, nunca trabajó. Estudió bachillerato y comenzó Filología Inglesa pero no

Un caso de deterioro psicosocial grave en trastorno obsesivo-compulsivo

llegó a completar el primer curso. Vivía sólo con su madre en un piso de alquiler, desde la muerte del padre 10 años antes. La madre fallece en el domicilio sin asistencia médica, 20 días antes del ingreso del paciente.

Tras el fallecimiento de la madre, los vecinos avisan a la policía y a los servicios de emergencias ante el mal olor que salía de la vivienda, por lo que proceden a entrar y a desalojarla. Al entrar en el piso, encuentran al paciente con un aspecto completamente descuidado y desaseado junto al cadáver de la madre. La vivienda aparecía llena de basura y de objetos acumulados, a pesar de lo cual se advertía un cierto orden, que se podía apreciar en la disposición de las cosas que estaban acumuladas en función de características similares.

El paciente es ingresado en la Unidad de Agudos de Psiquiatría. Una vez allí, refiere ideas obsesivas y rituales de comprobación desde hace años, que fueron empeorando progresivamente y que en el último año llegan a ocupar unas 20 horas diarias, interfiriendo en el sueño y limitando toda su actividad. De modo que se despertaba a las 5 de la mañana y comenzaba a pensar en que tenía que salir de casa pero no era capaz, quedándose bloqueado por estos pensamientos, además necesitaba comprobar continuamente si las luces estaban apagadas, si la puerta estaba cerrada, etc. pasando todo el día en esta tarea, hasta las 2 o 3 de la mañana en que se quedaba dormido. Relata una situación de aislamiento social grave de él y de su madre, que llevaban 9 años sin salir del domicilio más que para comprar algo de comida enlatada. Habían abandonado por completo su aseo personal y el cuidado de la casa, en la que desde hacía años no tenían agua corriente.

El paciente relata problemas digestivos de la madre en el último año por los que no habían pedido ayuda y refiere un deterioro progresivo en el estado físico de ésta hasta su fallecimiento unos días antes del ingreso. Él, ante tal situación refería encontrarse “bloqueado” y ser incapaz de alertar a nadie, permaneciendo junto al cadáver hasta la intervención de la policía. En éste tiempo

refiere no haber comido más que algunas galletas caducadas y beber agua que previamente habían utilizado para lavar cubiertos y con la que rellenaban de nuevo las botellas.

Exploración psicopatológica

Al ingreso: Consciente y orientado en persona, espacio y tiempo. Aspecto físico descuidado, desaliñado. Abordable y colaborador en la entrevista. Ansioso. Discurso espontáneo fluido (aunque al inicio de la entrevista presenta un tartamudeo leve que luego desaparece) y coherente, con un relato minucioso y detallado, en ocasiones circunstancial. Refiere ideación de carácter obsesivo acerca de que pudiera ocurrir algo malo si las cosas no estaban colocadas de una determinada manera y rituales de comprobación, desde la infancia, que en el último año llegan a limitar completamente su actividad. No se objetivan ideas de tipo delirante ni alucinaciones auditivas ni otros fenómenos que se pudieran considerar de origen psicótico.

Por otro lado presentaba un afecto indiferente en relación con la situación vivida y se mostró eutímico y adecuado conductualmente durante el ingreso.

En cuanto al sueño presentaba un insomnio mixto y no presentaba alteraciones en el patrón de alimentación.

Pruebas complementarias

Hemograma y Bioquímica: sin alteraciones relevantes.

Hormonas tiroideas, vitamina B 12 Y ácido fólico dentro de la normalidad. Serología Treponema pallidum: Negativo.

Análisis de orina: sin alteraciones.

EKG: RS sin alteraciones.

Rx de Tórax: No se evidencia patología pleuropulmonar aguda.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-UI (MCMI-III): predominio de rasgos de personalidad dependientes.

Evolución clínica

En el ingreso se instaura tratamiento con ISRS mejorando las obsesiones y compulsiones pero sin llegar a desaparecer.

El paciente se deriva al Hospital de Día para intentar su rehabilitación funcional. Tras un año de evolución ha sido necesaria la asociación de dos antidepresivos más un antipsicótico atípico de perfil activador junto con diversas medidas de rehabilitación, mejorando sus relaciones interpersonales y su funcionalidad, aunque sin llegar a desaparecer completamente los rituales (vive en una vivienda protegida, acude regularmente al Hospital de Día participando activamente en la terapia ocupacional).

Juicio clínico

EJE 1: Trastorno obsesivo compulsivo F 42.8

EJE U: Trastorno de la personalidad no especificado F 60.9 EJE IU: S.D.

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo. EJE V: E.E.A.G. al ingreso 25, al alta 70.

Tratamiento o Plan terapéutico

Escitalopram 20 mg cada 24 horas Bupropion 150 mg cada 24 horas Aripiprazol 10 mg cada 24 horas.

Discusión

Ante el caso presentado se planteó en un primer momento el diagnóstico diferencial con un cuadro de estirpe psicótica, en particular con una esquizofrenia simple o trastorno deteriorante simple, debido a la importante disfunción en todas las áreas de actividad del paciente como son el trabajo o las relaciones interpersonales y sobre todo debido al grave aislamiento social que padecía.

El paciente mantenía un buen contacto y no presentaba sintomatología negativa como aplanamiento afectivo, alogia o abulia, sino más bien, estaba limitado por las obsesiones y las conductas compulsivas. En ningún momento

se objetivaron síntomas psicóticos productivos como alucinaciones o ideas delirantes (lo que no descartaría el diagnóstico de esquizofrenia simple). Además sólo al separar al paciente de la situación en que estaba viviendo ya se percibe una cierta mejoría, que se hace evidente con tratamiento antidepresivo.

La gravedad de los síntomas del TOC, son en éste caso, uno de los principales factores que limitan la actividad del paciente, produciendo un grave deterioro a lo largo de los años, lo que se corresponde con los hallazgos de la literatura publicada. Así, se ha visto que la gravedad, de las obsesiones especialmente, junto con otros factores como la depresión comórbida o el bajo estatus socioeconómico, son los factores que más se han relacionado con el deterioro de la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Jenike MA. Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *N Eng J Med.* 2004;350:259-265.
2. World Health Organization. The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry.* 1994;55:5-10.
4. Eisen J.L., Mancebo M.A., Pinto A. et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr. Psychiatry.* 2006; 47(4): 270-275.
5. S.Y Hou, C.F. Yen, M.F. Huang, et al. Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *Kaohsiung J Med Sci.* 2010; 26(8):397-407
6. Markarian Y, Larson M.J., Aldea M.A. et al. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review* 30 (2010) 78-88.
7. Maj M, Sartorius N, Zohar J, eds. *Obsessive-compulsive disorder.* 2nd ed. Chichester, England: John Wiley; 2002
8. Sadock, Benjamin J. & Sadock, Virginia A. (2008). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría Clínica.* Décima edición. Cartoné. Lippincott Williams and Wilkins
9. Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* Sexta edición. Barcelona. Editorial Masson & Elsevier