

Influencia de los síntomas del espectro obsesivo en la exploración psicopatológica

Pérez Ramírez, L.; Amboage Paz, M.T.; Ferrero Álvarez, T.;
Bajo Lema, J.; Ramos Caneda, A.

Servicio Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción

La exploración psicopatológica es nuestra herramienta diagnóstica principal en psiquiatría, por tanto, es fundamental describir las experiencias, cogniciones y las conductas anormales de cada paciente para que el desarrollo diagnóstico sea preciso.

Los síntomas de un trastorno pueden influir en una exploración tanto para ayudar como para dificultar por sí mismas el propio diagnóstico como en el caso que presentamos.

Situación clínica

Motivo de consulta: Paciente derivado por su médico de atención primaria por demanda de consulta del propio paciente, dada la necesidad del mismo de descartar un diagnóstico de Esquizofrenia. Expresa temor a padecer dicha patología. Acude acompañado de su padre.

Antecedentes personales: Entre sus antecedentes médicoquirúrgicos constan Apendicitis y Rinitis alérgica. Patrón de consumo de alcohol de fin de semana (con una media de ingesta de cinco copas), negando otros consumos tóxicos. Sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo.

Antecedentes familiares: Dos familiares de segundo grado (abuelo y tía paternos) diagnosticados de Esquizofrenia.

Enfermedad actual

Datos de filiación: Varón de 19 años, soltero, hijo único. Padres en proceso de separación desde hace un año, convive con su padre. Nivel socioeconómico medio. Cursa estudios superiores, con un rendimiento académico medio.

Anamnesis: El paciente refiere inicio de la clínica hace aproximadamente un año, y la define de manera inespecífica, como “sensación de estrés”. Niega haber presentado ataques de pánico, aunque sí ha sufrido episodios ansiosos con cortejo vegetativo. Refiere sentirse inseguro y alerta. Apunta asimismo dificultades para estudiar, que siempre estuvieron presentes. Impresiona de tendencias anancásticas como rasgo de personalidad. Dice en general es muy nervioso, tímido de siempre. Su padre le encuentra más retraído en los últimos años, “con fobia social, faltó algo a clase por este motivo”. En general el paciente suele quedar con sus amigos para estudiar, jugar a las cartas o salir por la noche.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientado, parcialmente colaborador. Buen aspecto, aseado y arreglado. Buen contacto. Tranquilo durante la entrevista. Describe autorreferencialidad, de la que hace crítica. Niega fenómenos de influencia, robo o difusión del pensamiento. Discurso vago e impreciso. Verbaliza temor a padecer esquizofrenia, que se disipa cuando obtiene una respuesta contraria por nuestra parte. La propia demanda de consulta impresiona como un acto de comprobación, aunque es posible que el paliar dicho temor genere nuevas dudas. Niega dudas en relación con su identidad (en particular se explora su identidad sexual). Refiere tics motores, con movimientos en los ojos y boca, que ocurren en los momentos de mayor ansiedad.

Mantiene actividades de ocio (por ejemplo viajes al extranjero) “a pesar de las angustias”, por lo que descartamos una fobia social.

Diagnóstico provisional

Tras extensa exploración se descarta Esquizofrenia, Fobia social e Hipocondría. En este momento se diagnostica de Trastorno de Ansiedad Generalizada y se pauta tratamiento con Escitalopram 20 mg cada 24 horas, con mejoría parcial a los dos meses; parcial ya que, según refiere el propio paciente, sólo en cuanto a “tener menos ansiedad”. Los tics disminuyen.

Evolución clínica

A lo largo de su seguimiento abandona consultas y tratamiento de forma voluntaria. A los dos años retorna a la consulta, por empeoramiento sintomático; retomó la toma de tratamiento. En este momento dedica mucho tiempo a actividades solitarias, con tendencia al retraimiento social. Es ahora cuando hace referencia a conductas compulsivas (toca varias veces los marcos de las puertas, dice no es capaz de no hacerlo; coloca siempre las mismas cosas en determinados sitios). Refiere rituales presentes desde tiempo atrás, para garantizar que vayan bien las cosas, hace “cosas” para que no le pase nada malo a su padre. En su cabeza según refiere se generan de forma parásita series de palabras. No conductas de acumulación significativas. Los tics continúan presentes. En este momento se plantea un diagnóstico de TOC y se inicia tratamiento con paroxetina 40 mg cada 24 horas, que provocara disfunción sexual, por lo que se cambia a sertralina 150 mg cada 24 horas.

A los dos meses continúan las quejas a nivel social, expresa miedo a la inseguridad. Quejas inespecíficas de ansiedad. Dice fuera del ambiente familiar desaparecen las compulsiones. La intensidad de las mismas parece fluctuar, incluso en las temporadas que se mantuvo sin tratamiento. Al intentar concretar todo se hace más débil, incluso durante las consultas llega a dar la sensación de que magnifica la sintomatología. Sin embargo no se objetiva ninguna ganancia secundaria para ello. Se muestra ambiguo hacia el tratamiento farmacológico

Pruebas complementarias

- Analítica completa (incluida serología y Hormonas Tiroideas): Normal.
- TAC cerebral: Normal.
- Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown: Puntuación total (ítems 1 al 10): 21

Juicio clínico

Trastorno obsesivo compulsivo.

Tratamiento o plan terapéutico

ISRS de perfil anti-obsesivo. Respuesta inicial: Beneficio a nivel social, aunque persisten algunas quejas. Incapaz de precisar cambios en el espectro de las compulsiones. Miedo a la inseguridad. Ansiedad inespecífica. Se muestra ambiguo hacia el tratamiento farmacológico.

Discusión

En las siguientes entrevistas se plantea un problema al intentar reexplorar la evolución de los síntomas obsesivos y compulsivos. El paciente se muestra incapaz de describirlos con precisión, de dar ejemplos e incluso de valorar los cambios cuantitativos en las obsesiones y compulsiones por lo que se hace difícil mantener el diagnóstico de TOC al no tener datos objetivos sobre los que basar los criterios diagnósticos. Desde la valoración global de este paciente nos parece que esto es un síntoma más del espectro, más condicionado creemos por los rasgos anancásticos citados. Descartado que esa misma vaguedad sea una compulsión, podría ser explicada como que el sentir que no consigue la exactitud impide la propia respuesta. Sin embargo esa misma forma imprecisa nos reafirma en el diagnóstico. Toda esa imprecisión y duda impresiona como obsesiva al igual que la propia demanda inicial de consulta impresiona como un acto de comprobación.

Las dificultades de la exploración psicopatológica en un TOC pueden estar incrementadas por lo que este trastorno conlleva a nivel de pensamiento y expresión y en especial las características de meticulosidad, indecisión y falta de espontaneidad. En nuestro caso creemos que los rasgos de personalidad de tipo obsesivo han sido determinantes para no poder realizar un buen control evolutivo a la vez que para reafirmarnos en el diagnóstico.

Bibliografía

1. Soler Catà, V. La dimensión TOC: una aproximación al estudio de su ubicación nosológica. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2000; 27(6):347-356.
2. Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Cap.: Trastornos Obsesivos. 4ª edición. Ed. Masson. Barcelona 1998.
3. Bleuler, E. y cols.: Tratado de Psiquiatría: p. 558-62. 28 ed. española, Ed Espasa-Calpe. Madrid 1967.
4. Sims, A. Síntomas mentales. Editorial Triacastela. Madrid 2008.
5. Kaplan and Sadock. Sinopsis de psiquiatría: p. 604-612. 10ª edición. Wolters Kluwer Health España. Barcelona 2008.