VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2016.

Dificultades en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Un caso de estudio.

Salgado, Matias.

Cita:

Salgado, Matias (2016). *Dificultades en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Un caso de estudio. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-044/214

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eATh/pAP

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. UN CASO DE ESTUDIO

Salgado, Matias
Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Argentina

RESUMEN
ANTECEDENTES: Las personas que padecen del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) experimentan un intenso malestar debido a las cualidades negativas de las obsesiones y a la necesidad de emplear gran cantidad de su tiempo en rituales de neutralización, lo que termina impactando en sus niveles de funcionalidad. OBJETIVOS: Este trabajo presenta el tratamiento de una mujer de 29 años con TOC, alta comorbilidad y riesgo, en el que se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) focalizado en el TOC y adaptado a las necesidades de la paciente y a la complejidad del cuadro. METODO: Para medir la eficacia del tratamiento se utilizaron distintas escalas. RESULTADOS: La TCC focalizada en el TOC y adaptada a las necesidades de la paciente y complejidad del cuadro resultó en un tratamiento satisfactorio para la paciente quien presentó cambio clínicamente significativo. CONCLUSIONES: Este caso ilustra la potencial eficacia de la TCC para el tratamiento del TOC en presentaciones clínicas con alta comorbilidad y riesgo.

Palabras clave
Trastorno obsesivo-compulsivo, TOC, Terapia cognitiva, Terapia cognitivo-conductual, TCC

ABSTRACT
DIFFICULTIES IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. A STUDY CASE
BACKGROUND: People that suffer from obsessive-compulsive disorder (OCD) experience intense distress due to the negative qualities of the obsessions and the need to devote a lot of their time in neutralization rituals, which impacts in their functionality levels. OBJECTIVE: This paper presents the treatment of a 29-year old woman with OCD, high comorbidity and risk, where a cognitive-behavioral treatment (CBT) was conducted focused on OCD and tailored to patient's needs and case's complexity. METHOD: For measurement of the efficacy of the treatment several scales were used. RESULTS: CBT focused on OCD and tailored to patient's needs and case's complexity was a satisfactory treatment to the patient who presented clinically significant change. CONCLUSIONS: This case study illustrates the potential efficacy of CBT for OCD in clinical presentations with high comorbidity and risk.

Key words
Obsesive-compulsive disorder, OCD, Cognitive therapy, Cognitive-bahavioural therapy, CBT

1. Introducción

El Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por dos elementos: las obsesiones que se componen de intrusiones mentales que generan ansiedad, y las compulsiones que se tratan de acciones mentales y/o de la conducta destinadas a neutralizar las apariciones de las obsesiones (DSM-5, 2013). Las personas que padecen de TOC experimentan un intenso malestar debido a las cualidades negativas de las obsesiones y a la necesidad de emplear gran cantidad de su tiempo en rituales de neutralización, lo que termina impactando en sus niveles de funcionalidad. El TOC afecta entre 1% y 2% de la población general (Bahobi Baudou, García, y Fernández-Álvarez, 2013). En cuanto a la comorbilidad, las personas con TOC por lo general presentan otras patologías tales como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo (unipolar y bipolar), de estrés post-traumático, y de personalidad (DSM-5, 2013). Los tratamientos para el TOC basados en la evidencia son recomendados para toda la población en todos los niveles de atención, siendo indicados el uso de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Medicación (antidepresivos IRSS) para los casos de mayor complejidad (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2005).
La TCC propone que en el TOC las suposiciones acerca del *significado* de las intrusiones y del rol de la persona de ser la causante o de tener que prevenir el daño es interpretado de manera tal que señalaría *responsabilidad* por el daño tanto a sí misma como a los demás. Una interpretación de este tipo conduce a un estado de ánimo negativo (que incluye ansiedad y depresión), y a la implementación de conductas de neutralización (tales como el chequeo compulsivo, el lavado, o rituales sutiles) (Salkovskis, 1999). El tratamiento TCC para TOC comprende entonces el trabajo con: la sensación de responsabilidad, la fusión pensamiento-acción, los sesgos de pensamiento, las compulsiones y la búsqueda de reaseguro, las emociones dominantes (que pueden incluir el asco) y las conductas evitativas. Las técnicas que se suelen emplear incluyen: la normalización, la psicoeducación, el establecimiento de objetivos, la formulación conjunta, y la exposición y prevención de respuesta (Veale, 2007).
El objetivo del presente trabajo fue el de explorar y presentar la utilidad clínica de la TCC para el TOC con alto nivel del comorbilidad, complejidad y riesgo. Se prestó particular atención al desarrollo del tratamiento junto a las respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales.

2. Presentación del caso

Luz es una mujer de 29 años. Actualmente es ama de casa, y se encuentra realizando el secundario acelerado para adultos. Tiene dos hijos, Federico de 10 años y Eva de 18 meses. Se encuentra en pareja desde hace 3 años con Javier de 38, quien es padre de Eva. La paciente vive junto a los tres en el barrio de Villa Urquiza. Luz sufre de un cuadro que incluye principalmente obsesiones, compulsiones, animo depresivo, ideas suicidas, desregulación emocional, y re experimentación de sucesos traumáticos. Su padecimiento co-

menzó a intensificarse gradualmente hace dos años cuando quedó embarazada de su hija Eva. Solicitó tratamiento en este hospital por iniciativa propia. Fue derivada desde espacio de derivación para abordaje combinado con carácter de urgencia por el intenso malestar subjetivo que presentaba.

3. Motivo de Consulta

La evaluación inicial se dividió en dos entrevistas por cuestiones prácticas. Luz mantuvo escaso contacto visual, miraba al piso, presentaba una marcada latencia de respuesta, y frente a las preguntas, en lugar de contestar lloraba intensamente.

Como principal motivo de consulta ubicó el "distanciamiento" que tenía con su hijo: "no me puedo acercar al nene", "no le hablo". Señaló que esto se había iniciado dos años atrás en una ocasión en que "él me acarició la pierna". La sensación de la mano de su hijo recorriendo suavemente su pierna disparó en Luz una serie de recuerdos de abusos sufridos en su infancia que le generaban un intenso malestar emocional -cómo si estuviera de alguna manera reviviéndolos. También hizo referencia al temor de que su hijo sufriera un abuso sexual, por lo que se mantenía híper alerta, y sobreprotectora. Así mismo comentó: "tengo pensamientos que nunca tuve", pero en lugar de expresarlos lloró profundamente. Comentó sentir que a partir del segundo embarazo "cambie" haciendo referencia a una intensa ola de pensamientos desagradables, y a una tendencia creciente hacia el aislamiento social y el descuido personal, "no salía de mi casa, no hablaba por teléfono, no quería ver a nadie, no me ocupaba mucho de los chicos". Luz refirió "siempre pienso en suicidarse, pero después pienso en Fede y Javier y no lo hago. Aunque a veces creo que ellos estarían mejor sin mí". Ubicó que la última vez que se sintió "bien" fue previo al segundo embarazo atribuyéndole a este el desencadenamiento de su malestar.

Acerca de ella misma señaló ser "mal humorada, caprichosa, agresiva: trato mal a Javier". Aclaró tener "buena contención" por parte de su pareja. Por otra parte, comentó tener dificultades para el manejo de sus emociones desde la adolescencia, momento en el cual se calmaba haciéndose cortes superficiales en las muñecas. Refirió sufrir de crisis violentas, siendo la última dos meses atrás "por boludeces zarpadas", "golpeaba todo, me quería pegar a mí para desquitarme la bronca", "tenía una bronca descomunal" "por un chiste que hizo la madre de Javier", "ella me hace sentir como una boluda". Señaló tener una historia de dificultades con su familia de origen, principalmente con su madre y uno de sus hermanos. Sin embargo, no logró ampliar más datos de su historia.

Luz quería comenzar un tratamiento "porque ya no me soporto más", "lo que me pasa es terrible". En esta instancia sus expectativas no llegaron a ser específicas, y apunaban principalmente en "poder dejar de sentirme tan mal" ya que "es terrible estar así". Presentaba creencias negativas acerca de la ayuda que podía recibir de un tratamiento psicológico "esto es para los locos", "la psicología no sirve para nada", y presentaba a su vez una clara resistencia a recibir medicación psiquiátrica.

4. Evaluación

La evaluación inicial constó de una entrevista clínica semi dirigida orientada a recabar las características de la demanda, el grado de urgencia y riesgo, el nivel de malestar subjetivo y la severidad del cuadro. A su vez se exploraron estrategias de afrontamiento, nivel de disponibilidad para el cambio y red social de apoyo. Se indagó acerca de su historia vital y tratamientos previos. Se incluyeron las siguientes herramientas de evaluación complementarias: Escala de Trauma de Davidson (DTS), El inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), La Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), El Patient Health Questionnaire (PHQ-9), The Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), La Beck Depression Inventory II (BDI-II), el Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (SDI), y el Inventario de Síntomas de L. Derogatis (SCL-90).

Las características y severidad del cuadro evaluado cumplieron con los criterios de Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Límite de la Personalidad. La presentación incluía como síntomas principales: estado de ánimo depresivo, ideas suicidas, obsesiones y compulsiones recurrentes y excesivas, reexperimentación persistente de eventos traumáticos, inestabilidad afectiva, y dificultades para la regulación emocional y en el manejo de las relaciones interpersonales. Su nivel de funcionalidad a nivel laboral, social, familiar y académico era bajo. El nivel de malestar subjetivo muy alto.

Luz negó el uso de drogas recreativas, tabaco y alcohol. Presentaba ideación suicida sin plan. Negó antecedentes de intentos de suicidio. Presentaba indicación de medicación psiquiátrica para inicio de tratamiento con antidepresivos (Sertralina 50mg/día) los cuales se negaba expresamente a recibir. Refirió haber iniciado varios tratamientos de salud mental desde la infancia -sin éxito por su baja adherencia a los mismos. Sin embargo, ubicó un tratamiento con mejores resultados realizado en el Hospital Álvarez a sus 22 años, el cual había sido motivado: "porque tenía un laburo de mierda, me fui a vivir a lo de un amigo y mi familia me dio la espalda", "pero un día me dieron el alta y no sé por qué". Durante el año que duró dicho tratamiento también fue medicada con "Fluoxetina y Clonazepam". Luz refirió antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria.

Escalas de seguimiento del tratamiento

Se tomaron diferentes escalas auto administradas para evaluar la severidad sintomática tanto en la evaluación inicial como en la mayoría de las sesiones posteriores. Las escalas eran contestadas durante el día previo o bien el mismo día de la sesión.

Escala Especifica para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Una de las principales medidas de evolución en la primera etapa del tratamiento fueron los cambios en los síntomas obsesivos-compulsivos. La paciente completo la escala Obsessive Compulsive Inventory - Revised (OCI-R). El OCI-R tiene la capacidad para ser usado como herramienta para complementar el diseño y el seguimiento del tratamiento.

Escalas específicas para síntomas de Ansiedad y Depresión.

Los síntomas de ansiedad y depresión también fueron medidas principales de cambio en la etapa inicial del tratamiento. La paciente completó las escalas auto administradas: PHQ-9, GAD-7, BDI-II y BAI.

Escalas específicas para evaluar discapacidad percibida.

La percepción subjetiva de discapacidad, ansiedad percibida y apoyo social fueron medidas secundarias de seguimiento. La paciente completó la escala auto administrada: SDI.

5. Historia

Luz nació en la Ciudad de Buenos Aires en 1987, tiene un hermano dos años mayor que ella del mismo padre, y 4 hermanos más de otras dos parejas de su madre. Su familia profesa la fe judía.

Su padre se peleaba continuamente con su madre, "se enojaba, rompía cosas", "se ponía loco, se sacaba y después lloraba" y "le decían que estaba loco". Sus padres se separaron cuando ella tenía 7 años. A lo largo del tiempo Luz y su padre fueron perdiendo contacto y hace "años" que no se ven.

Meses después de haberse separado, su madre su puso nuevamente en pareja con otra persona. Ese mismo año Luz sufrió de una situación de abuso que no recuerda con claridad "Una pareja de mi mamá abuso de mi de muy chica", "mi mamá nos dejaba solos con él". Luz se encontraba en su casa junto a su hermano y su padrastro. Su "padrastro" los ponía a los dos dándoles la espalda y luego eyaculaba sobre ellos: "se pajeaba y nos mojaba la ropa". Los recuerdos se le vienen de forma borrosa, "me acuerdo un día que estábamos en la mesa discutiendo de lo que había pasado, y mi hermano se reía y me cargaba". No está muy segura, pero cree que su madre hizo la denuncia correspondiente y que su padrastro "fue en cana". "Odio a mi vieja, le guardo mucho rencor, porque nos expuso a eso, a ese hijo de puta".

A sus 9 años sufre una nueva situación de abuso. Ciertas veces su madre la dejaba "5 horas" dentro de un auto en un estacionamiento "porque tenía que hacer cosas". En una de esas ocasiones en la que Luz esperaba dentro del auto "un tipo quería que le dé un beso, y me empezó a tocar". Siete meses después "se lo pude contar a mi vieja, mi hermano se cagaba de risa".

A los 14, Luz denunció a su hermano por "violencia física y verbal", "él tenía raptos de violencia". Si bien no recuerda como fueron dándose los hechos posteriormente a la denuncia, luego de un tiempo los dos pasaron a vivir "en un hogar, un centro de día". Estuvo allí durante 3 años, desde los 15 a los 18. Durante esa etapa Luz recibía tratamiento de salud mental. Se realizaba cortes superficiales en las muñecas cada vez que se sentía: "muy mal, por peleas con alguien". En el hogar conoció a Iván, y a sus 19 años quedó embarazada de él, y tuvieron a su hijo Federico. Estuvieron juntos dos años y luego se separaron.

Luz se mudó de casa en casa junto a su hijo, hasta que logró alquilar un pequeño departamento para ellos dos solos. Durante unos años Luz trabajó en locales de venta de ropa y otros rubros comerciales. Federico comenzó a presentar marcados problemas de conducta y aprendizaje en el colegio, por lo que las maestras, psicopedagogas y directoras le pedían a Luz que "le preste más atención, porque es un chico hipo-estimulado". Si bien en aquel momento Federico había comenzado un tratamiento psicológico, Luz decidió interrumpirlo "porque la psicóloga me caía mal".

A los 27 Luz conoce a Javier, y dos meses después queda embarazada. Deciden mudarse juntos, incluyendo a Federico. Durante el embarazo Javier hizo un intento de abandonarla tras una discusión. Sin embargo, un día después regresó aludiendo de que "había sido una joda". A medida que se desarrollaba el embarazo su malestar subjetivo se volvia cada vez alto, sobre todo luego del segundo mes tras re experimentar emocionalmente las situaciones de abuso vividas en la infancia, y así verse disparada una serie de pensamientos obsesivos que le generaban un intenso malestar. Llegado el parto, los médicos decidieron realizar una cesárea contra su voluntad, hecho que Luz lamentó profundamente viviéndolo a su vez como una situación abusiva. Después del parto comenzó a recibir tratamiento con Levotiroxina por presentar hipotiroidismo.

Luego del nacimiento de Eva, Javier se volvió hiperalerta de su cuidado por temor a que algo terrible le pueda suceder. Comenzó a tener marcados conflictos con Federico "Javier dice que Federico un día a la noche nos va a matar a todos con un cuchillo", "le grita, lo maltrata". Esta dinámica familiar agravó el cuadro de Luz quién pensaba que esto le produciría a Federico "un daño irreparable", sintiéndose ella "culpable" del mismo.

6. Tratamiento

Sesiones de 1 y 2 (2 sesiones):

Evaluación inicial.

Sesiones de 3 a 8 (5 sesiones):

En esta etapa el tratamiento se centró principalmente en el establecimiento de la alianza terapéutica, la formulación del caso, y la proyección de objetivos. A medida que avanzaron las sesiones Luz definió algunas de sus expectativas: "no tener pensamientos horribles", "poder ocuparme de mi familia", "poder relacionarme con la gente y mi familia", "empezar el colegio" y "no odiarme". Esto permitió profundizar la exploración de los "pensamientos horribles", los cuales estaban compuestos principalmente por ideas obsesivas relacionadas con "abusar" y "violar" a sus hijos. El significado que le atribuía a estos pensamientos era: "soy una violadora". Para Luz el mismo hecho de haberlo pensado daba pruebas "de que voy a abusar de mis hijos, los voy a violar". Comentó que había pedido iniciar tratamiento "por estas ideas, pero no me animaba a decirlo", "pensé que ustedes iban a llamar a la policía". Como creencias nucleares sobre sí misma refería "todo el mundo me ve como una loca", "estoy medio chapa", "soy tonta, boluda", "mi vieja decía de mí que estaba loca".

Sesiones 9 a 30 (21 sesiones):

En esta etapa se comenzó evaluando con más detalle los pensamientos obsesivos y las compulsiones para planear el diseño de tratamiento. Ampliando los significados que encerraban las ideas obsesivas Luz refería: "soy una mala madre, un asco de madre, soy una violadora, tendría que estar muerta por pensar esto, ellos estarían mejor sin mí". Luz comentó que para contrarrestar a los pensamientos lo que ella hacía eran dejar de compartir tasas, el mate, o el mismo rollo de papel higiénico -ya que si así lo hiciera estaría en contacto sexual con sus hijos, y esto confirmaría lo que pensamientos decían. Por la misma razón no miraba a los ojos a sus hijos, no los abrazaba, no se quedaba sola con ellos en su casa, y a la hora de bañar a su hija trataba de que otro adulto esté cerca por temor a abusar de ella. Comentó que varias veces se limpió con detergente la cara después de que su hijo le haya dado un beso, o su propia boca cuando ella era la que lo daba. Mientras conversábamos sobre estos puntos lloró desconsoladamente, y no logró calmarse si no era a través de intervenciones terapéuticas.

Después de la exploración, se enfocó en el tratamiento del cuadro obsesivo-compulsivo, y se incluyeron principalmente las siguientes intervenciones: normalización, psicoeducación verbal y escrita, formulación conjunta del caso, y exposición y prevención de respuesta. Estas intervenciones fueron acompañadas de: análisis funcional de conducta, técnicas de regulación emocional, resolución de problemas, y desarrollo de habilidades interpersonales.

Gradualmente Luz comenzó a distanciarse de sus obsesiones, a asociarles nuevos significados, a abandonar conductas de neutralización y seguridad, y a llevar adelante proyectos que mejoraron su autoestima, su sensación de autoeficacia y de capacidad de cambio. Empezó a cursar el primer año del secundario acelerado con buenos resultados, comenzó a "llevar a Fede a futbol" y le consiguió un tratamiento de salud mental "para ayudarlo". Fue desarrollando una mayor capacidad de regulación emocional, y disminuyo en cierta medida su sensitividad interpersonal.

Sesiones 31 a 34 (4 sesiones):

En esta nueva etapa se planearon nuevos objetivos, en los que se acordó en iniciar en las próximas sesiones el trabajo terapéutico con los eventos traumáticos sufridos en la infancia.

7. Resultados

La paciente presentó cambios fiables y clínicamente significativos en los síntomas de TOC y de Depresión tales como están descriptos en Jacobson and Truax (1991) La paciente presento cambios fiables en relación a síntomas Ansiosos, y presentó una mejoría significativa en el conjunto de síntomas presentados en la escala SCL-90. Por otra parte, si bien presentó mejorías en la escala SCID-II está todavía no fue significativa.

8. Conclusiones y Discusión

La TCC para TOC demostró ser útil incluso frente a un caso con alta comorbilidad y complejidad y riesgo. En cuanto a la paciente, actualmente sus síntomas obsesivos y compulsivos, depresivos y ansiosos varían entre leves y no clínicamente significativos. Sin embargo, habría que evaluar si los efectos del tratamiento y los resultados conseguidos hasta el momento logran mantenerse en el tiempo. Por otra parte, resulta importante comenzar el trabajo con los síntomas de re experimentación de situaciones de abuso. A su vez, es necesario seguir trabajando con el manejo de conflictos interpersonales, especialmente los que tiene con su pareja que actualmente le generan un intenso malestar.

Resulta importante formar a los terapeutas en casos donde la complejidad clínica puede requerir un mayor uso de recursos técnicos y creativos para que cuenten con más herramientas psicoterapéuticas y que los tratamientos consigan buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5fth ed). Washington, DC: Author.

Bahobi Baudou, W., García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia Cognitiva individual del TOC. Salud Mental, 36, 347-354.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(1), 12-19.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline 21. London: Gaskell and the British Psychology Socierty.

Salkovskis, P. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 37, 29-52.

Veale, D. (2007). Cognitive-behavioutal therapy for obsessive-compulsive disorder. Advances in Psychiatric Treatment, 13, 438-446.