Abordaje cognitivo conductual de un caso de trastorno obsesivo compulsivo en embarazo

Mónica Arcas[1]

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 16, Nº 2, marzo de 2010, págs. 112 a 116.

Resumen

El presente trabajo aborda un tratamiento con un enfoque cognitivo-conductual de un caso de trastorno obsesivo compulsivo con comorbilidad depresiva en una paciente con un avanzado embarazo.

El trastorno obsesivo compulsivo es uno de los trastornos de ansiedad más invalidantes, se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos, impulsos e imágenes de carácter egodistonicos que producen un alto impacto emocional, estados de duda y distrés que muchas veces lo llevan a la realización de conductas compulsivas reiterativas y ritualísticas como forma de poder controlar las obsesiones disminuyendo temporalmente la ansiedad pero generando un círculo vicioso cada vez mayor si no se aplica técnicas apropiadas para detener ese pensamiento rumiante.

El abordaje cognitivo conductual se basa en la utilización de herramientas terapéuticas específicas que van disminuyendo los síntomas y procediendo a la reestructuración cognitiva.

Palabras claves

Trastorno obsesivo compulsivo - embarazo -cognitivo conductual - pensamientos intrusivos - egodistónicos - rituales - círculo vicioso - depresion - distres - ansiedad cognitivo conductual.

Abstract

This paper addresses a treatment with cognitive behavioral approach to a case of obsessive-compulsive disorder with comorbility depression in a patient with advanced pregnancy.

Obsessive compulsive disorder is one of the most debilitating disorders, is characterized by the presence of intrusive thoughts, impulses an ego-dystonic character images that produce a high emotional impact, state of doubt and distress than often had him to realization of behavior as repetitive and ritualistic compulsive way of controlling temporarily decreasing vicious circle if not applied appropriate techniques to stop that thought ruminating.

The behavioral mental boarding is based on the use of specific therapeutic tools that are diminishing the symptoms and coming to a mental reconstruction.

1 Psicóloga clínica UBA Hospital Municipal Bernardo Houssay, Vte.López. Departamento de Clínica Médica. E-mail: arcasweb@gmail.com / licarcas@yahoo.com.ar

Key words

Obssesive compulsive disorder - pregnancy- cognitive behavioral - intrusive thought

Ego-dystonic - ritual - vicious circle - depression - distress - anxiety.

Introducción

El embarazo puede ser un factor precipitante de los trastornos obsesivos compulsivos, y dentro del mismo muchas pacientes pueden padecer un excesivo nivel de ansiedad afectando su funcionamiento psicológico, interpersonal, social e interfiriendo negativamente con la relación madre-hijo. Estos cuadros suelen agravarse en forma de una severa depresión posparto que requiere un ajuste medicamentoso adecuado al paciente. Es importante destacar la premorbilidad como factor de predictibilidad del curso del tratamiento.

Caso Clínico

Paciente mujer de 23 años de edad, soltera, nivel de instrucción básico (secundario incompleto), vive con sus padres y hermanos, en el momento del inicio del tratamiento cursaba un estado avanzado de embarazo (28 semanas de gestación), primigesta, es derivada por la guardia por un cuadro de crisis ansiosa y medicada con dosis bajas de Tioridacina (7 gotas/día). Se trato de un tratamiento intensivo de dos veces por semana en la primera etapa del mismo, luego continuo por término de dos años con frecuencia semanal, con remisión sintomática.

Antecedentes familiares

Madre: Epilepsia de lóbulo frontal

Padre: Fóbico sin tratamiento.

Antecedentes premorbidos

Estado crónico de aprehensión reactivo a episodio de epilepsia de su madre con quien se encontraba la paciente e interpreto subjetivamente el episodio como muerte de esta, inmediatamente lo asocia a una cruz que había encontrado en esa semana en la calle como un presagio de desgracia. Posteriormente sufre un accidente automovilístico acompañando a su amiga quien sufrió heridas de consideración en el rostro, meses más tarde comienza con episodios de pánico con agorafobia, que la obligan a dejar su trabajo como vendedora. Inicia posteriormente tratamiento psicoanalítico que interrumpe.

Mantuvo un noviazgo poco comprometido por parte de su pareja de quien se embaraza tomando la iniciativa de continuar con el mismo.

Niñez y adolescencia

La paciente es hermana del medio de una familia de cinco hijos, tres varones y dos mujeres. Durante su infancia su comportamiento era de una niña sumamente obediente y prolija, muy aplicada en el colegio, no se observaron según refieren sus padres trastornos del comportamiento. En adolescencia si bien tenía ciertas dificultades de interacción con pares, tenia rasgos de timidez no presento alteraciones mayores de la conducta, sí rasgos de perfeccionismo en el estudio. El desempeño de sus actividades intelectuales ha demostrado una capacidad dentro de los parámetros esperables, en las entrevistas evidencia un buen nivel de comprensión, léxico y abstracción y conciencia de enfermedad.

Se autopercibe como muy apegada a su familia, indecisa con necesidad de aprobación, perfeccionista y susceptible a las críticas.

Ante este cuadro lo primero que se establece es trabajar en la alianza terapéutica, la paciente se encontraba en un estado de gran vulnerabilidad y necesidad de sostén, este aspecto fue de mucha importancia a lo largo del tratamiento, implica crear en el vinculo un ambiente contenedor y confiable de manera lograr que pueda expresar aquellos contenidos de sus obsesiones de las que se avergonzaba.

Es importante la psicoeducación al núcleo familiar, ya que se apunta a dilucidar los miedos e inquietudes respecto a la patología y el tratamiento a seguir con el fin de afianzar la colaboración de éstos, evitando aquellas conductas que se ajustan a las rigideces del síntoma de la paciente, así como también evitar la crítica por el contenido de las obsesiones. Esto favorece al tratamiento ya que la flia, puede observar cuando el paciente esta realizando una conducta compulsiva puede ayudarlo a que se abstenga y cumplir con el compromiso de la terapia.

Tratamiento

En las primeras sesiones se explica el modelo cognitivo conductual, la paciente se muestra colaborativa y expresa su preocupación por determinado pensamientos que está teniendo y que la avergonzaba relatar, esta manifiesta que realmente quiere al bebé pero reiteradas veces en el día aparecen pensamientos de "hacer algo al bebé y a su familia" que son pensamientos e imágenes violentas que vienen a su mente en forma no volitiva. Sus principales obsesiones se centran en miedo a la autoagresión (acuchillar su vientre), así como también le invaden pensamientos intrusivos de agredir a su madre en la mesa, es por ello que evita comer con la familia, evitando estar en contacto con cuchillos por temor al descontrol.

Otra de sus obsesiones son de atropellar a alguien o desviar el volante cuando esta viajando con otra persona, todas estos pensamientos la llenan de duda respecto a la posibilidad de realizarlos, pero a su vez ella los reconoce como productos de su mente. (Egosdistonia).

Se trabaja en las primeras sesiones con técnicas de bioretroalimentación con control respiratorio para evitar la hiperventilación debido a sus altos niveles de ansiedad. Le invaden pensamientos supersticiosos pero tiene conciencia de que son producto de sus miedos.

Se evalúa tipo de obsesiones y gravedad de las mismas a través de la Escala Yale Brown, como así el tiempo ocupado en las obsesiones y se indaga sobre sus registros interoceptivos como ser los síntomas corporales, impulsos que le aparecen, pensamientos e imágenes que le disparan realizando registro de los mismos, así como el grado de certeza que tiene sobre el efecto de las obsesiones sobre la realidad externa, a modo de reestructurar creencias disfuncionales. Con respecto a las compulsiones se elabora junto a la paciente que hace ante la presión de sus obsesiones elaborando una lista de rituales y midiendo el grado de ansiedad que le produce, se toma registro de conductas evitativas como reacción ante la emergencia de las obsesiones, una de ellas la que más la agobiaba era poner excusas para no sentarse a la mesa con su familia por temor a agredirlos. Es importante destacar que en los casos obsesivos hay que detectar conductas evitativas para detener las conductas de procrastinación propias del cuadro. Durante el curso del tratamiento se procedió regularmente a la evaluación de marcadores de depresión-ansiedad y obsesiones a fin de ver la evolución del tratamiento.

Herramientas de evaluación

Entrevista estructurada para diagnostico de TOC

Obsessional Intrusions Inventory Revised versión Belloch-Morán en español

Inventario de Valencia de obsesiones y Creencias Belloch-Morillo

Evaluación Escala Yale Brown -moderada-grave

Evaluación Escala DBI -depresión leve -

Evaluación Zung depresión -leve a moderada-

Evaluación Inventario Beck Ansiedad-moderada - grave

Evaluación Hamilton Ansiedad.-moderada -grave -

Material de Psicoeducación sobre Psicoprofilaxis para T de Ansiedad- Lic. Arcas

Técnicas de Parada de Pensamiento

Técnicas de Prevención de Respuesta

Cassete de Respiración controlada y relajación - Lic. Arcas

Se instruyó en la Técnica de Prevención de respuesta ritualizada, donde se le ayuda a resistir a las compulsiones vía la proscripción del ritual, si bien aumenta un primer momento la ansiedad esta llegaría hasta un estado mesetario y luego iría disminuyendo en su intensidad y por ende la necesidad compulsiva. Otra técnica utilizada en el tratamiento fue la exposición gradual de situaciones temidas y/o evitadas, en un primer momento se uso el Flooding (imaginar la peor situación temida en su imaginación con el registro emocional y cognitivo), detectando las distorsiones cognitivas para luego pasar a la exposición propiamente dicha a fin de descatrastrofizar su pensamiento y que pueda percibir que hay un modo alternativo a la compulsión. La utilización de las técnicas de control respiratorio y de parada de pensamiento fueron eficaces a lo largo del tratamiento. La paciente trabaja los temores frente al parto (temor al descontrol y a la agresión cuando le den al bebé) estos pensamiento agresivos la insumían en un estado de culpa y depresión porque despreciaba ella estos pensamientos. El parto fue normal, el equipo médico estaba al tanto del cuadro de la paciente y fueron muy continentes al respecto, su contacto con el bebé fue eficaz y logro un amamantamiento de dos semanas, porque luego aparece un estado de aprehensión posparto con altos niveles de ansiedad , sus miedos se centran en la agresión a su bebe (temor a tirarlo al suelo, ahogarlo cuando lo baña, meter los dedos en el enchufe) y su marcado estado depresivo obligan a un pronto destete y prescripción de medicación, comenzando con Fluoxetina 20 mg/día y clonazepam 2mg/día se intensifica las sesiones, y se trabaja con las creencias disfuncionales emergentes y las técnicas de prevención de respuesta.

Se fue ajustando la medicación hasta llegar a un período mesetario, donde se estabiliza, con las técnicas aplicadas de acuerdo a la evaluación de la escala Yale Brown se fue observando el mejoramiento de sus obsesiones, se implemento desensibilización gradual sobre situaciones agorafóbicas previas (deambular en colectivo, salir con su hijo a hacer compras, llevarlo a plazas) fue ganando en autoconfianza y sus valores de ansiedad y depresión fueron paulatinamente disminuyendo, y fue más propicio para trabajar en la reestructuración cognitiva, así como también se trabajo la relación afectiva con su pareja quien no tenía proyectos compromiso del vínculo. Al término del primer año de vida de su hijo, se desvinculó definitivamente de su pareja y se trabajo el proceso de duelo, manteniendo con éste una buena relación con respecto a la crianza de su hijo.

Prevención de recaídas

Se trabaja con la paciente sobre la evitación de engancharse con el pensamiento intrusivo, previendo la no-realización de la compulsión, caso contrario aparece el efecto en cadena y comienza un círculo vicioso que la sumerge en el circuito obsesión-duda-distres-compulsión. De igual modo el apoyo del grupo familiar juega un rol de prevención de este tipo de descontrol que pude suscitarse en el toc, a sabiendas por parte del paciente que se trata de una afección crónica y muchas veces cíclica. La paciente comienza una etapa de remisión sintomática, paulatinamente se saca la medicación, las sesiones se van espaciando hasta dar el alta del tratamiento.

Posteriormente cuatro años más tarde la paciente consulta ya que nuevamente está embarazada de una nueva pareja, la relación es estable, si bien se encuentra ansiosa, no presenta sintomatología obsesiva, y puede manejar con técnicas su estado de ansiedad, se la cita espaciadamente para ver su evolución sin presentar en el curso del embarazo y posparto alteraciones psicopatológicas.

Conclusiones

Podemos inferir que el trastorno obsesivo compulsivo mantiene un estado fluctuante hay periodos en donde hay una exacerbación de los síntomas uno de ellos es el embarazo como también la menopausia, en el embarazo se percibe un incremento de obsesiones de tipo agresivo dirigido hacia el bebé, el papel del estrés es determinante en la exacerbación de los síntomas. La alianza terapéutica requiere un acompañamiento intensivo y comprometido para poder contener en un cuadro con tanta vulnerabilidad. Pero es importante destacar que hay que tomar en cuenta los predictores premórbidos que son factores de agravamiento y dificultad del tratamiento.

Bibliografía

Bados, Arturo "trastorno Obsesivo-compulsivo" Universidad de Barcelona Octubre 2009

Caro, Isabel "Manual de psicoterapias cognitivas" Paidos, 1997

Cía, Alfredo "Trastorno Obsesivo Compulsivo y síndromes relacionados" El Ateneo, 1995

Cottraux, J. "Terapias comportamentales y cognitivas" Masson, 1991

Yaryura Tobias, José "Viaje al interior del cerebro" - Editorial Polemos, 2000.