

Estudio de caso: Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Case Study: Obsessive-Compulsive Disorder

Adriano Rengifo, Cristian E.

E. P. Psicología, Facultad Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión.

Recibido 18 de octubre del 2014 - Aceptado 10 de diciembre del 2014

Resumen

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo se caracteriza por la presencia de ideas obsesivas que pueden ser pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, y por patrones conductuales compulsivos o rituales, con la suficiente frecuencia e intensidad como para interferir en la vida normal de quien lo padece, causando ansiedad o malestares. Los contenidos más frecuentes de las obsesiones son de contaminación, dudas repetitivas, orden, religioso e imágenes sexuales. Por otro lado, este trastorno puede estar asociado a otros trastornos. Mediante este estudio de caso se tratará de especificar el tipo de trastorno obsesivo-compulsivo que presenta el sujeto, según los criterios diagnósticos del DSM IV-TR y CIE-10; asimismo el trastorno asociado. Para dicho estudio se realizará un análisis clínico a nivel cualitativo y cuantitativo, mediante el uso de técnicas (observación y entrevista) e instrumentos psicológicos (test) especializados. Se concluye que el sujeto presenta un trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos o rituales de limpieza y contaminación, asociado a un síndrome depresivo.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Limpieza, Contaminación, Depresión.

Abstract

The Obsessive-Compulsive Disorder is characterized by the presence of obsessive ideas that can be thoughts, impulses, or flashbacks, and compulsive or ritualistic behavior patterns with sufficient frequency and intensity to interfere with the normal life of the sufferer, causing anxiety or discomfort. The most common obsessions are content pollution, repetitive questions, and order, religious and sexual imagery. On the other hand, this disorder can be associated with other disorders. Through this case study will attempt to specify the type of obsessive-compulsive disorder that presents the subject, according to the diagnostic criteria of the DSM IV-TR and ICD-10; also associated disorder. For this study a clinical analysis qualitative and quantitative level shall be implemented through the use of techniques (observation and interview) and specialized psychological tools (test). We conclude that the subject has an obsessive-compulsive disorder with predominantly compulsive acts or rituals of cleanliness and pollution associated with a depressive syndrome.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Cleanliness, Pollution, Depression.

Introducción

El *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV – TR) menciona que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por dos elementos: las obsesiones (intrusiones mentales que generan ansiedad) y las compulsiones (acciones mentales y/o conductuales destinadas a neutralizar las apariciones de las obsesiones). Asimismo en la décima edición de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10) señala que el TOC se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Ballesteros y Ulloa (2011) definen el TOC como un trastorno neuropsiquiátrico que afecta a niños, adolescentes y adultos.

Gómez, Leyton y Núñez (2010) señalan que la prevalencia de este trastorno oscila entre el 1,1 y 1,6%, y es mayor en mujeres. Recientes estudios afirman que el TOC es considerado el cuarto trastorno mental en orden de prevalencia, afectando a un 1-2% de la población general (Behobi, García y Fernández-Álvarez, 2013). Sin embargo, estudios han reportado que en México la prevalencia de este trastorno es de 2,3% en la población clínica adulta (Ballesteros y Ulloa, 2011).

La comorbilidad del TOC con otros trastornos mentales es frecuente. Tal como menciona Jiménez (2004), por una parte, es relativamente común que el paciente con un TOC presente otro trastorno asociado en el momento de la consulta, y por otro parte, al ser el TOC un trastorno de naturaleza crónica, la mayoría de pacientes presentan algún otro trastorno del Eje I, a lo largo de la vida. Bados (2005) señala que los problemas asociados encontrados, en los pacientes con TOC, con relativa frecuencia son: trastorno depresivo mayor, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de alimentación, abuso/dependencia del alcohol, perturbaciones del sueño, tricotilomanía, tics y trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. Jiménez (2004) agrega otro problema asociado, es la esquizofrenia; y que además existe una prevalencia de comorbilidad de un 10-20% con el TOC (Lago et al., 2008).

Bados (2005) afirma que la **depresión** es el trastorno asociado más frecuente; del 23% al 38% de los pacientes con TOC presentan algún trastorno depresivo y cerca del 70% lo han padecido en algún momento. Asimismo Behobi, García y Fernández-Álvarez (2013) afirman que entre el 65% y 80% de los pacien-

tes diagnosticados con TOC sufrirán un episodio depresivo mayor en el curso de su vida.

Los contenidos más frecuentes de las obsesiones, según Bados (2005), tienen que ver con la **contaminación** (p.ej., al dar la mano o tocar ciertas cosas o sustancias), dudas repetidas (p.ej., sobre si se ha cerrado el gas o la puerta o si se ha atropellado a alguien) e **impulsos de carácter agresivo u horrendo** (p.ej., hacer daño o matar a un hijo o proferir obscenidades en una iglesia). Estas obsesiones implican hacerse daño a sí mismo o causar daño a otros. Otras obsesiones hacen referencia a la necesidad de tener las cosas en un **orden** determinado (lo que lleva a un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas), **contenido religioso** (p.ej., pensamientos blasfemos), imágenes sexuales (p.ej., una escena pornográfica) y **acumulación**. El problema principal de algunos pacientes son las **rumiaciones obsesivas**: pasar larguísimos periodos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto tal como una cuestión filosófica, religiosa o familiar.

Lee y Kwon (Citado por Bados, 2005) han agrupado las obsesiones en dos subtipos: 1) *obsesiones autógenas*, que son de aparición súbitamente y es relativamente difícil identificar los estímulos que las disparan, son percibidas como egodistónicas, irracionales y aversivas, e incluyen pensamientos/impulsos/imágenes sexuales, agresivos, blasfemos e inmorales; 2) *obsesiones reactivas*, son disparadas por estímulos externos identificables, son percibidas como relativamente realistas y racionales como para hacer algo respecto al estímulo disparador, e incluyen pensamientos sobre contaminación, suciedad, errores, accidentes, asimetría, desorden y pérdida de cosas consideradas importantes.

Por otro lado, Leal y Cano (2008) afirman que las compulsiones pueden ser observables o encubiertas. Las compulsiones observables incluyen rituales de lavado, conductas de comprobación y orden, o evitaciones. Las compulsiones encubiertas son actos mentales como rezar, contar o repetir palabras. La finalidad de estas conductas es prevenir o reducir la ansiedad o el malestar.

De acuerdo al DSM IV-TR existen cinco criterios para diagnosticar el TOC: A) Presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes. B) En algún momento, en el curso del trastorno, la persona (excepto en el caso de los niños) ha reconocido que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables. C) Estas son lo

bastante graves como para producir pérdida de tiempo (más de una hora diaria), malestar acusado o deterioro significativo en el funcionamiento de la persona. D) En el caso de que otro trastorno del Eje I esté presente, el contenido de las obsesiones o compulsiones no está limitado a él (p.ej., preocupación por la comida en un trastorno alimentario, arrancarse el pelo en la tricotilomanía, inquietud por la apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en el trastorno de consumo de sustancias, preocupación por tener una enfermedad grave en la hipocondría, preocupación por deseos o fantasías sexuales en una parafilia, o rumiaciones de culpa en el trastorno depresivo mayor). E) El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una condición médica general.

Según el CIE-10 existen tres tipos de TOC: 1) *Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas*, que pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar; 2) *Predominio de actos compulsivos (rituales)*, son actos compulsivos que se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden; 3) *Mezcla de pensamientos y actos compulsivos*, presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones y ambos son igualmente intensos.

Por todo lo anteriormente descrito, el objetivo del presente estudio es determinar la especificidad del tipo de trastorno obsesivo-compulsivo y sus características clínicas, así como su trastorno asociado que presenta la paciente, según los criterios diagnósticos del DSM IV-TR y CIE-10.

Método

El presente estudio consta de dos fases: en la primera fase se hizo una evaluación clínico a nivel cualitativo mediante el uso de técnicas (entrevista y observación); y en la segunda fase se hizo una evaluación cuantitativa psicométrica mediante la aplicación de instrumentos psicológicos especializados (test).

1. Primera fase: evaluación clínica

Historia Clínica

E. A. A. de género femenino y de 57 años. Nació en Cerro de Pasco el 16 de diciembre de 1959. Es la cuarta de siete hermanos. Vive en Lima hace 39 años.

Tiene secundaria incompleta (4° año). Casada, pero separada hace 25 años, actualmente sin compromiso. Participa de la creencia religiosa de los Testigos de Jehová. Se dedica a las actividades domésticas de su casa y esporádicamente sale a trabajar como vendedora ambulante.

La paciente refiere que acude a consulta porque en el último año ha tenido varios fallecimientos seguidos de familiares cercanos, el último fue su madre, por lo cual se siente triste y al mismo tiempo culpable por no haberla cuidado adecuadamente. Asimismo menciona que desde hace varios años siente miedo y preocupación de que ella o su familia se vaya a contagiar de alguna enfermedad provocándole ansiedad, temor y angustia, por lo cual es muy cuidadosa y hasta obsesiva con la higiene, limpieza, compra y preparación de los alimentos, generándole dificultad y demora en sus actividades domésticas. Estos pensamientos y conductas son permanentes y cree que son exagerados generándole malestar en su estado de ánimo, sintiéndose triste con tendencia al llanto.

Episodios previos: A los 50 años de edad comienza a cambiar su comportamiento. Empezó a sentir duda e inseguridad cuando tenía que pagar sus cuentas, de manera que tenía que revisar el billete varias veces antes de pagar, cuando no lo hacía los pensamientos de duda fluían, generándole preocupación y ansiedad. Esta situación le comenzó a generar dificultad por lo que se demoraba en la ventanilla a la hora de pagar; su hija le decía “¡mamá, ya basta! Apúrate, acaso estás loca”.

A los 51 años se vuelve muy cuidadosa en sus actividades domésticas, culinarias e higiénicas; así como sentir temor de que su familia o ella sean contagiadas por alguna enfermedad. Cuando iba al mercado se sentía propensa al contagio, de manera que si alguien tosía cerca de ella sentía temor de que le contagien TBC, y cuando regresaba del mercado se cambiaba la ropa y si era posible se bañaba. Cuando compraba sus alimentos si la vendedora tosía o tocaba los alimentos con su mano de dinero, lo llevaba a casa pero no lo cocinaba, esperaba que pase cuatro días para que la bacteria desaparezca y recién pueda cocinarlos; no lo devolvía porque sentía vergüenza de su exageración.

En esta etapa acude por primera vez a consulta al Hospital Hermilio Valdizán por su intranquilidad, ansiedad, malestar y angustia; siendo medicada (no especifica el tipo de medicamento). Lleva el tratamiento

cerca de 2 o 3 semanas mejorando un poco, pero lo deja por temor a crear una dependencia a fármacos.

A los 53 años nuevamente vuelven los pensamientos de duda, inseguridad, contagio y contaminación; así como los actos de repetición y comprobación. En varias ocasiones botó carne de res por su duda e inseguridad al pensar que era carne de cerdo. Prefería que otros vayan al mercado para no ver cómo le atendían; menciona: “ojos que no ven corazón que no siente”. Esta situación fue en aumento, por lo que sentía que cualquier cosa le podía contagiar, prefería quedarse en casa y no salir a la calle para no tocar la manija de la puerta, la baranda de los carros, asimismo se lavaba las manos varias veces durante el día, en ocasiones se lavó con lejía. Además regresaba de la calle para verificar que la llave de la cocina o la puerta este correctamente cerrada, de manera que calmaba su ansiedad. Asimismo escogía el arroz o menestras porque pensaba que podría encontrar algún vidrio y cuando se le pasaba algo volvía hacerlo 3 o 4 veces, generándole demora al preparar los alimentos, de manera que cocinaba solo un poco para que su almuerzo esté listo a las 12:00 m. Porque su hija tenía que irse a trabajar, después cocinaba para ella y para su hijo almorzando a las 2:00 p. m. Reconocía que estaba haciendo mal y se decía así misma, “por qué hago esto”, se ponía triste, lloraba y sentía que ya no estaba lúcida.

Historia Personal

Infancia: En su ambiente familiar mostró ser una niña un poco rebelde, siempre protestaba ante las órdenes, asimismo era muy reactiva frente a la provocación o agresión. Sin embargo, en su círculo social, mostró ser tímida, callada y un poco ansiosa. Tenía pocos amigos debido a su timidez. Tendía a aislarse de su grupo de pares debido a que sentía vergüenza por su condición socioeconómica y por no vestir como los demás, se acomplejaba afectando su autoestima. Asimismo era sensible a los comentarios o a la crítica de manera que se callaba y se alejaba de los demás. En la interacción dinámica (juegos) tomaba una actitud pasiva siguiendo al grupo aunque no esté de acuerdo.

Adolescencia: se torna un poco más sociable, sin embargo mantiene su timidez, así como su vergüenza y complejo por su condición socioeconómica de manera que establecía amistades con chicas de su misma condición social (provincia). Asimismo es sensible a las críticas o comentarios. Frente a la provocación, burla o agresión no se defiende, siente cólera y se siente mal emocionalmente, pero se calla y evade la situación.

Educación: En la primaria era una alumna que tuvo un desempeño promedio regular, sin embargo frente a exposiciones en público se ponía ansiosa, de manera que le sudaban las manos, temblaban las piernas, se rascaba la cabeza y a veces se olvidaba, pero igual lo hacía; asimismo presentaba onicofagia. La **secundaria** la realiza en el turno noche debido a que trabajaba para autoeducarse. Su desempeño académico mejora, pero no logra terminarlo (4° año) por cuestiones económicas. Mantiene su ansiedad de hablar en público.

Historia psicosexual: Sus primeros conocimientos sobre sexualidad fueron en el colegio por sus profesores. A los 14 años de edad le vino su primera menstruación, sintió un poco de miedo y vergüenza, pero después no le volvió a venir hasta los 15 años. Era desconfiada con los varones debido a que sentía miedo de ser engañada (embarazada). A los 18 años tuvo su 1° enamorado, fue de corta duración porque tenía que volver a Lima. A los 20 años tuvo su 2° enamorado y se casó con él a los 22 años porque era de su pueblo, asimismo era bueno y le iba proteger. Sin embargo a los 3 meses de casados se decepcionó de él porque era machista, mujeriego e infiel, agresivo y poco comprometido con la familia. Después de 9 años de casados ella decide separarse y se va con sus dos hijos. Después de su separación nunca más volvió a tener pareja porque tenía miedo de que pudiesen abusar de su hija y también a que se vuelva a decepcionar.

Hábitos e intereses: En la infancia se dedicó al trabajo de campo con su padre, raras veces salía a jugar. Actualmente su programa de televisión favorito es el Dr. TV. Además suele participar en las creencias religiosas de los Testigos de Jehová, pero no es bautizada.

Actividades laborales: A los 15 años empezó a laboral como trabajadora del hogar. Posteriormente trabajó de forma independiente vendiendo comida, golosinas y cigarros. Actualmente se dedica a su casa, sin embargo esporádicamente va a vender sus golosinas.

Movilidad: Durante la infancia y primera parte de su adolescencia vivió en casa de sus padres en Cerro de Pasco. A los 15 años de edad se traslada a vivir a Lima en casa de su tío materno y posteriormente comienza a laboral como trabajadora del hogar. Actualmente vive en su casa propia en el distrito de Ate – Vitarte, junto con sus dos hijos.

Enfermedades: Desde los 28 años de edad sufre de gastritis.

Antecedentes Psiquiátricos y/o Psicológicos de la

Familia: 1) el segundo de sus hermanos se suicidó; 2) su prima de 60 años no salía a la calle porque sentía miedo de enfermarse (diabetes o colesterol); 3) su tía se encerró en su cuarto por casi 3 años después de la muerte de su esposo, decía que una culebra o sapo caminaban en su cabeza.

Personalidad: Refiere ser una persona sociable, trabajadora y perseverante; asimismo preocupada por el cuidado de sus hijos. Tiende a ser reservada. Establece vínculos amicales cuando otros toman la iniciativa, asimismo tiende a acomplejarse por su condición socioeconómica evitando reuniones sociales. Cuando tiene que hablar en público o cuando tiene algún problema siente ansiedad; asimismo cuando pasa una experiencia vergonzosa las recuerda durante varios días. Frente a las críticas o agresiones no se defiende, se calla y se las guarda sintiéndose mal emocionalmente. Además desea que las cosas se hagan a su manera, de lo contrario se enoja e irrita.

Historia Familiar: Crece en un ambiente familiar disfuncional; los padres tenían una relación conyugal conflictiva. Es la cuarta de siete hermanos. El padre mostró ser impaciente, autoritario de reacciones explosivas y con problemas de alcohol, por lo cual agredía a su esposa en presencia de la examinada generando miedo y ansiedad. La madre se caracterizó por ser temerosa, pasiva y sumisa a la voluntad de su esposo. Asimismo era poco afectuosa, percibiendo la examinada que su madre tenía mayor preferencia por sus hijos varones.

2. Segunda fase: evaluación psicométrica

Los test psicológicos empleados en este estudio quedan reflejados en la tabla 1. Para el procedimiento de administración y corrección de las pruebas aplicadas, se han seguido las normas indicadas en los manuales de las mismas. Las puntuaciones directas obtenidas por el sujeto en cada prueba, fueron transformadas a puntuaciones típicas.

Tabla 1
Puntuaciones de las pruebas psicológicas utilizadas

N°	Test Aplicados	Área Evaluada	Puntajes
1	Escala de Inteligencia Wais para Adultos.	Inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> • CI Verbal: 91 • CI Ejecutivo: 75 • CI Total: 83
2	Test de Asociación de Palabras.	Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • R. Asociativas: 33% • R. Próximas: 67% • R. Distantes: 0%
3	Inventario de la Personalidad de Eysenck y Eysenck.	Personalidad y Temperamento	<ul style="list-style-type: none"> • Escala (L): 3 • Escala (N): 15 • Escala (E): 11
4	Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.	Personalidad y Psicopatología	<ul style="list-style-type: none"> • Distimia: 99 • Ansiedad: 96 • Compulsivo: 92 • Evitativo: 88
5	*Test del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.	Personalidad	-

*El resultado de figura humana se hará descriptivo en la sección de resultados.

Resultados

La examinada obtiene un CI total de 83 que le corresponde la categoría NORMAL INFERIOR. En la escala verbal tiene 91 “Normal Promedio”, y en la ejecutiva un CI de 75 “Fronterizo”.

En el TAP obtuvo los siguientes porcentajes: 33% en respuestas asociativas-convencionales, quiere decir

que hay dificultades para llegar a la fase de síntesis. Asimismo obtuvo 67% en respuestas próximas, las cuales son en su mayoría por completamiento, adjetivo e imagen, denotando la tendencia a detenerse en la fase de análisis. Por último, no presentó respuestas distantes. El curso del proceso formal del pensamiento tiende a la inestabilidad. Se descarta un cuadro psicótico.

En el inventario de personalidad de Eysenck presenta los siguientes resultados: **Escala de veracidad** obtiene un puntaje de 3, lo que indica que existe ecuanimidad y objetividad en considerar y evaluar sus propias características sin ocultar su imagen. En la **Escala de neuroticismo** alcanzó una puntuación de 15, lo que significa que es una persona altamente inestable. Escala de extraversión obtuvo un puntaje de 11, lo que señala una tendencia a ser una persona introvertida.

En cuanto al MCMI – II obtiene puntuaciones elevadas en las siguientes escalas: **Distimia (99)**: denotando que se ha visto afectado por un periodo de depresión con sentimientos de desánimo y culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. **Ansiedad (96)**: se muestra tensa, indecisa e inquieta y tiende a quejarse de malestares de manera que refleja un estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación. Asimismo tiende a generar sentimientos aprensivos o fóbicos. **Compulsivo (92)**: manifiesta una conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. **Evitativo (88)**: muestra una orientación Activa-retraída. Mantiene una actitud vigilante, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. A pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

En el DFH los trazos punteados y sobre marcados muestran su ansiedad e inseguridad. Las manos sobre marcadas sin forma señalan su dificultad de relacionamiento y adaptación con el medio. Asimismo la cabeza en desproporción del cuerpo y cuello corto casi pegado al cuerpo evidencia su falta de control de impulsos inconscientes que posiblemente está relacionado a preocupaciones respecto a sus pensamientos obsesivos.

Discusión

Cerca del 80% de pacientes adultos diagnosticados con TOC tuvieron una edad de inicio de la patología antes de los 18 años (Lago et al, 2008), sin embargo en este caso se puede observar un retraso en la aparición de la enfermedad, pero como afirman Ballesteros y Ulloa (2011) el TOC es un trastorno que afecta a niños, adolescentes y adultos.

De acuerdo a la historia clínica de la paciente se identifica que el inicio de su trastorno empieza con obsesiones de dudas repetidas (pensar que pagaba de más, haber dejado abierto la llave del gas o la puerta), y posteriormente adquiere las obsesiones de contaminación (propensa al contagio de enfermedades, tocar la manija de la puerta y la barandas del transporte público), tal como menciona Bados (2005) son las obsesiones más frecuentes que se presentan en el TOC, y se ubicarían en el subtipo de obsesiones reactivas descritas por Lee y Kwon (citado por Bados, 2005). Es importante diferenciar las obsesiones de otro tipo de pensamientos intrusos. En este sentido cuando se trata de preocupaciones o rumiaciones depresivas, la persona sintoniza emocionalmente con sus propios pensamientos (por muy catastróficos que sean), en cambio las obsesiones se viven como excesivas e irracionales (Leal y Cano, 2008). De la misma manera la paciente reconoce que sus pensamientos son excesivos e irracionales.

Asimismo las compulsiones que presenta la paciente son de comprobación (contar varias veces el dinero, verificar la llave del gas y la puerta, escoger el arroz o menestras varias veces) y limpieza (lavarse las manos, bañarse, limpiar sus cosas después de ser utilizadas por otras personas), las cuales son compulsiones observables que se ejecutan con la finalidad de prevenir o reducir la ansiedad o malestar (Leal y Cano, 2008). Además Lago et al (2008) afirman que la sintomatología obsesiva principal tiene relación con la suciedad y el miedo a dañarse y a la muerte; asimismo la sintomatología compulsiva más frecuente es el lavado y las repeticiones de distinto tipo.

Según Gómez, Leyton y Núñez, (2010) el TOC se encuentra entre las diez condiciones más deteriorantes, y tiene efectos deletéreos sobre diversos aspectos del funcionamiento personal, social, laboral, y vida familiar. De esta manera, a la examinada su TOC le produce pérdida de tiempo y demora en realizar sus actividades, generándole malestar y deterioro significativo en el funcionamiento de las áreas mencionadas.

Por otro lado, se puede apreciar que sus características de personalidad predisponen a la paciente a desarrollar esta patología. De acuerdo a los resultados en la prueba de Eysenck la paciente obtiene puntuaciones que evidencia que es una persona introvertida e inestable con temperamento melancólico. Tiende a ser ansiosa, rígida, pesimista, reservada. Asimismo con tendencia a fobias y obsesiones. Asimismo en el MCMI – II obtiene una elevada puntuación en patrones clínicos de personalidad evitante (88) demostrando que es una

persona que está permanentemente vigilante y alerta a los comentarios de los demás, sin embargo en la evaluación clínica no cumple los criterios diagnosticados de un trastorno, sino solo de rasgos de personalidad. Las demás puntuaciones evidencian sus síndromes clínicos: su depresión se refleja en la distimia (99), su obsesión y compulsión se manifiesta en ansiedad (96) y compulsión (92). También se puede apreciar en los resultados cuantitativos y en el análisis cualitativo del Wais rasgos de su personalidad. Según David Wechsler los sujetos neuróticos con rasgos obsesivos tienden a obtener puntuaciones bajas en la escala ejecutiva, a diferencia de la verbal, debido a su lentitud y ansiedad, ya que tiende a mirar cada tarea como un desafío a su capacidad y dar una buena impresión. Tal es el caso del paciente que obtuvo 75 en la ejecutiva, mientras que en la verbal obtuvo 91. Asimismo en el TAP se puede corroborar los diagnósticos psiquiátricos. Para David Rappaport los sujetos obsesivos tienden a dar respuestas próximas por imagen. De esta manera se evidencia una vez más el trastorno que presenta la examinada. Por último, en el DFH se manifiesta su ansiedad e inseguridad, su dificultad de relacionamiento y adaptación con el medio. Así como su falta de control de impulsos relacionado a preocupaciones respecto a sus pensamientos obsesivos.

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV-TR la examinada presenta los siguientes criterios: A) Presencia de obsesiones (duda y contaminación) y compulsiones (comprobación y limpieza) recurrente; B) La paciente reconoce que sus obsesiones y compulsiones son excesivas e irracionales; C) Sus obsesiones y compulsiones le producen malestar clínico significativo afectando su funcionamiento personal, social y familiar; E) Su trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas o fármacos) o a una enfermedad médica general. Por otro lado, según los criterios de especificidad del CIE-10 la examinada presenta un TOC con predominio de actos compulsivos debido a que la mayoría de sus actos compulsivos se relaciona con la limpieza y comprobaciones repetidas para asegurarse de que sea evitado una situación potencialmente peligrosa. Asimismo se menciona que el ritual lavado de manos es más frecuente en las mujeres.

También la examinada presenta familiares con antecedentes psiquiátricos, aunque no fueron diagnosticados clínicamente se pueden apreciar síntomas que evidencian un trastorno psiquiátrico que apoyan el diagnóstico de la paciente, y que se sustenta por lo señalado por Ballesteros y Ulloa (2011) que existe mayor frecuen-

cia de diagnósticos psiquiátricos en los familiares de pacientes con TOC.

El TOC es una entidad que presenta elevada comorbilidad debido a que sus características sintomatológicas (dudas, pensamientos reiterativos, etc.) aparecen en muchas otras entidades nosológicas con las que el TOC tiene profundas relaciones psicopatológicas e incluso etiológicas (Lago et al, 2008). Por una parte, el paciente con TOC presente otro trastorno asociado en el momento de la consulta, y por otro parte, la mayoría de pacientes presentan algún otro trastorno del Eje 1, a lo largo de su vida (Jiménez, 2004). Bados (2005) menciona que la depresión es el trastorno asociado más frecuente. Asimismo Behobi, García y Fernández-Álvarez (2013) afirman que entre el 65% y 80% de los pacientes diagnosticados con TOC sufrirán un episodio depresivo mayor en el curso de su vida. Tal como se puede observar en este caso clínico, la paciente presenta un síndrome depresivo asociado a su trastorno.

Conclusión

En base a lo comentado anteriormente y con el sustento respectivo de la teoría y los criterios diagnósticos del DSM IV-TR y el CIE-10, así como de la evaluación psicométrica y del análisis clínico, se concluye que la examinada presenta un Trastorno Obsesivo-Compulsivo con predominio de actos compulsivos de limpieza y comprobación, asociado a un síndrome depresivo.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV – TR). Barcelona: Ed. Masson.
- Bados, A. (2005). Trastorno Obsesivo Compulsivo. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/118.pdf>
- Behobi, W., García, F. & Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, 3 (36), pp. 347 – 354. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam134j.pdf>.
- Gómez, A., Leyton, F. & Núñez, C. (2010). Terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo resistentes a la farmacoterapia. *Archivos de Psiquiatría*, 73(5), pp. 1 – 13. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART15597/terapia_cognitivo_cond.pdf.
- Jiménez, S. (2004). Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos de la Alimentación: Estudio Comparativo de Casos. Tesis inédita de Doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5453/sjmlde1.pdf?sequence=1>
- Lago, B., Rodríguez, P., Morales, J., Fernández, I., Santamaría, M. & Mahtani, V. (2008). Estudio descriptivo de una serie de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10(39), pp. 423 – 432. Recuperado de <http://www.pap.es/files/1116-848-pdf/961.pdf>.
- Leal, L. & Cano, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un Caso. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), pp. 321 – 339. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_obsesivo_compulsivo.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE – 10). Madrid: Ed. Meditor.