El Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo: marcador de gravedad en el Trastorno Obsesivo Compulsivo

Elena Belmonte Padilla, Laia Mollà Cusí, Lucia Pérez Golarons, Anna González Peiro
Instituto de Neuropsiquiatria y Adicciones, Parc Salut Mar Barcelona

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) está asociado a altos niveles de deterioro en la vida personal, social y laboral, por ello la OMS lo incluye entre las 20 primeras causas de discapacidad (Vallejo, M.A., 2012).
Los pacientes que padecen un TOC comórbido a un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC), presentan significativamente mayor severidad del TOC, comorbilidad, deterioro funcional, e insight más pobre (Wettermeck, C.T., et al., 2011).
Objetivo: presentar un caso clínico paradigmático del deterioro de calidad de vida en una paciente con TOC y TPOC, y el diagnóstico diferencial de ambos ejes diagnósticos.

Método

Muestra: Mujer de 46 años ingresada en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB).
Motivo de consulta: ingresa en UHB procedente de urgencias, dónde acude con crisis de ansiedad e ideación autolítica, en contexto de desbordamiento emocional.
Antecedentes psiquiátricos: Varias visitas a urgencias y 3 ingresos en UHB '98, '99, '07 motivados por sobreingesta medicamentosa en contexto de conflictos familiares, vinculación a CSMA.
Diagnósticos previos: TOC y rasgos desadaptativos de personalidad.
Antecedentes familiares: madre diagnosticada de Enfermedad de Alzheimer. Previamente posible TOC no diagnosticado, según la paciente.
Situación sociofamiliar: Distocia familiar. Separación conyugal '01 y desvinculación por parte de sus dos hijos (20 y 17 años) durante el último año a causa de la sintomatología de la paciente. Nula red de apoyo social.

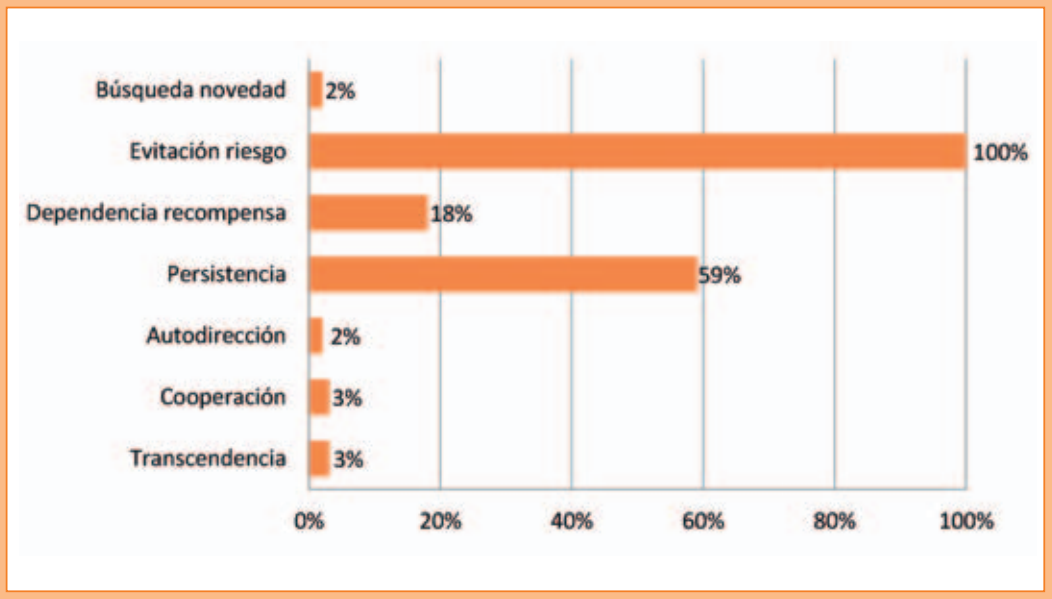
Resultados

Conductas problema

- Rituales de limpieza y orden (dedicación plena): excesiva implicación emocional, pobre insight.
- Involucración a sus hijos en los rituales y control interpersonal acusado:
  - Prohibición de cenar por la noche (para no ensuciar cocina), prohibición de utilizar la mesa para comer, si quieren cocinar debe ser con su supervisión.
  - No poder utilizar la ropa más de tres horas seguidas si están en la calle.
  - No pueden decidir voluntariamente cuándo salir de casa, tienen que avisarla con antelación.
  - Insistencia en no salir a la calle más de lo estrictamente necesario y desbordamiento/culpabilización si salen de la casa.
  - Prohibición de entrar a casa con zapatos que han pisado la calle.
  - Prohibición de traer amigos a casa.
  - Decide que ropa deben ponerse, cuando se duchan.
- Acumulación de productos alimenticios como medida preventiva ante la duda de quedarse sin comida suficiente (p.ej. 24 zumos, 14 cartones de leche).
- Pensamiento extremadamente rígido y dicotómico.
- Extrapunitiva y actitud manipuladora.
- Dependencia emocional a los hijos: supedita su mejoría a que sus hijos vuelvan a casa: creencia de no poder estar sola, relación posesiva respecto a éstos.
- Dificultad elevada para manejar adecuadamente los conflictos.
- Deja de trabajar por autoimposición de estándares de perfección muy elevados, que retrasaba su productividad.
- Progresiva discapacidad e interferencia en múltiples áreas (claudicación y desvinculación familiar, nulo círculo social).

Evaluación psicopatológica

- Se aplica "La escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown" (**Y-BOCS**) para confirmar diagnóstico TOC: Puntuación gravedad total: 31 (grave).
- Se realiza prueba psicométrica para valorar rasgos de personalidad: "Inventario revisado de temperamento y carácter de Cloninger" (**TCI-R**):



- Las puntuaciones temperamentales indican un perfil obsesivo
- Las dimensiones del carácter indican elevada probabilidad de diagnóstico de trastorno de personalidad

OD: Diagnóstico comórbido de TOC y de TPOC en base a observación de la sintomatología, entrevistas clínicas y exploraciones psicométricas.

Conclusión

Evolución tórpida:
- Ha requerido ingreso de 9 meses de duración.
- Interferencia del TP obsesivo compulsivo en los resultados terapéuticos: baja respuesta a tratamiento empíricamente validado (TCC).
- Dificultad de manejo en UHB por riesgo de hospitalismo a la vez que ambulatoriamente por riesgo suicidio.

Este caso refleja la importancia de explorar la personalidad, para realizar una correcta formulación del caso y un apropiado abordaje terapéutico.
Creemos necesario investigar estrategias terapéuticas eficaces para abordar la comorbilidad TOC-TPOC, ya que el TPOC representa un marcador de severidad (Lochner, C., et al., 2011) estando asociado a una mayor gravedad del deterioro en ciertos síntomas del TOC (Gordon, O.M., Salkowskis, P.M., et al., 2013).

Bibliografía

- Gordon, O. M., Salkovskis, P. M., Oldfield, V. B., & Carter, N. (2013). The association between obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive personality disorder: prevalence and clinical presentation. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 300-315.
- Lochner, C., Serebro, P., van der Merwe, L., Hemmings, S., Kinnear, C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2011). Comorbid obsessive–compulsive personality disorder in obsessive–compulsive disorder (OCD): A marker of severity.*Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(4), 1087-1092.
- Vallejo, M. A. (Dir.) Manual de terapia de conducta. 2ª Ed. Madrid: Dykinson, 2012 (Vol. I)
- Wetterneck, C. T., Little, T. E., Chasson, G. S., Smith, A. H., Hart, J. M., Stanley, M. A., & Björgvinsson, T. (2011). Obsessive–compulsive personality traits: How are they related to OCD severity?. *Journal of anxiety disorders*,25(8), 1024-1031.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Parc de Salut MAR Barcelona