



## INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una condición heterogénea de larga duración, que cuando surge en la infancia y adolescencia es generalmente subdiagnosticada y, por ende subtratada siendo importante el abordaje precoz para evitar la cronificación y consolidación del trastorno. En niños y adolescentes está asociado con problemas graves en su funcionamiento escolar, familiar y social. Teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa del ciclo vital con características idiosincrásicas se hace necesario un abordaje adaptado a esta etapa que tenga en cuenta las vicisitudes de la misma. La prevalencia en población general del TOC se sitúa entre 1-3,6%. Las manifestaciones son variadas y los niños y con alguna frecuencia los adolescentes, puede que no perciban los síntomas como excesivos, irracionales o extraños. Debido a que consideramos la importancia de reflexionar sobre las particularidades del TOC en infancia y adolescencia y sobre todo, las posibilidades de intervención hacia este trastorno y población en una unidad de hospitalización debido a lo poco común del contexto de intervención se presenta el caso de una adolescente de 17 años de edad ingresada en una UHSM con el diagnóstico de TOC de bajo insight.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Padres con rasgos anancásticos de personalidad. Madre enfermera y padre ingeniero. Sin antecedentes somáticos de interés. Describen psicobiografía normalizada hasta que aumenta el tiempo en hacer las tareas lo que conlleva su primer contacto con SM en 2014. Abandono de estudios y contactos sociales desde entonces. Cuenta con 2 ingresos previos en varias UHSM. Ha mantenido seguimiento a nivel ambulatorio desde entonces con evolución tórpida con farmacoterapia y terapia cognitivo-conductual. Ingresada por empeoramiento de obsesiones y compulsiones con marcada lentitud compulsiva que dificultan sus autocuidados y provocan claudicación familiar. No abandono de tratamiento farmacológico. Durante el ingreso la paciente presenta marcada lentitud en las ABVD. Con conductas compulsivas de repetición y lavado. Rituales en el aseo (2h) o el almuerzo y cena (3 h). Verbalizaba la necesidad de realizarlo todo de manera perfecta y que esto no le causa malestar. A nivel familiar se detecta acomodación familiar. En este caso la paciente se encontraba aferrada a sus síntomas por sus significados personales y por el control interpersonal ejercido. No mostró interés por la terapia de exposición. Tendía a incluir en sus rituales al personal encargado de su atención

## EXPLORACIÓN

Escaso contacto visual, enlentecida y Bloqueada. Discurso pobre en contenido y prosodia. Escaso insight. Indiferencia afectiva. Lentitud obsesiva primaria. Creencia de perfeccionismo, sin vivencia intrusiva. Obsesiones de contaminación con conductas compulsivas. Bioquímica sin alteraciones o contacto

## INTERVENCIÓN

El objetivo inicial de establecer una alianza se ve dificultado en este caso por las rígidas defensas obsesivas de la adolescente agravadas por un contexto cerrado y rígido de una unidad de hospitalización. El contexto de abordaje condiciona las posibilidades de intervención, unido a las vicisitudes propias del proceso adolescente respecto al cuerpo, socialización, individuación, sexualidad e intimidad en las relaciones. Consideramos fundamental tener muy en cuenta en el plan terapéutico la gestión y manejo de las posibles reacciones contras transferenciales negativas tanto del terapeuta como sobre todo del personal de enfermería dada la grave sintomatología y control relacional que ejerce la adolescente en su funcionamiento. Detectamos a través de la identificación proyectiva que la paciente recreaba su situación familiar y más concretamente su mundo objetal interno y que debido a su lentitud despertaba gran frustración entre el equipo terapéutico que acababan involucrándose en los rituales. Intentamos trabajar con la paciente “el otro” como sujeto y no como “objeto” al servicio de sus necesidades pero para ello gran parte del ingreso lo tuvimos que dedicar a establecer una relación terapéutica sólida.

Con la familia se trabajó el hecho de que aliarse con las necesidades de la paciente de perfección no era lo mejor para ella y se señaló la importancia de la intervención familiar sobre un ambiente que podría estar afectando a la menor (discusiones, exigencias, ausencias del padre, medicación intramuscular contra su voluntad, etc.).

Tratamiento: Sertralina 200 mg, Clomipramina 75 mg, Risperidona sol. 2 ml

## CONCLUSIÓN

Los logros conseguidos fueron una menor inclusión de los otros en los rituales y el restablecimiento de autocuidados y ABVD con una leve disminución de la lentitud. Consideramos la existencia de una estructura de personalidad que se beneficiarían de un abordaje psicoterapéutico psicodinámico sin obviar la necesidad de otro tipo de intervenciones. En nuestra opinión el ingreso en UHSM de adultos no es un contexto adaptado, ni formado para un abordaje de estas características con un adolescente; aunque consideramos que nos permitió un periodo de observación intensivo, el restablecimiento de las ABVD y el respiro familiar que fue aprovechado para que tanto la paciente como familia tomaran mayor conciencia del funcionamiento patológico mantenido hasta entonces.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona: Panamericana.
- Ávila A., Poch J. Manual de técnicas de psicoterapia: un enfoque psicoanalítico (pp. 3-34). Madrid: Siglo XXI; 1994.
- Wiener, M. J. & Dulcan, K. M. (2011). Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Madrid: Masson.