

Respuesta al tratamiento combinado en el Trastorno Obsesivo Compulsivo Grave: Reporte de caso

Response to combined treatment in severe obsessive-compulsive disorder: Case report

Laca-Morán Kir¹ , Ortega-Mera Derian² 

1. Hospital especializado en salud mental Terralegre, Quito - Ecuador.

2. Independiente, Guayaquil, Ecuador.

Correspondencia: Kir Laca Morán, psiquiatralaca@gmail.com, Código postal:170513, Quito, Ecuador.

Artículo recibido: 28/11/2024

Artículo aceptado: 10/03/2025

Fecha de publicación: 19/04/2025

<https://doi.org/10.61708/dps51321>

Resumen:

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es una condición mental que puede generar disfuncionalidades significativas en quienes lo padecen. Se presenta el caso de un adulto masculino con sintomatología de obsesiones, compulsiones y evitación que limitaban su funcionalidad. Para la evaluación de la severidad del Trastorno Obsesivo Compulsivo se utilizó la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown y la entrevista conductual, mientras que para los síntomas depresivos se empleó el Inventario de Depresión de Beck. Al inicio del tratamiento, el paciente obtuvo una puntuación de 34 en la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (gravedad extrema) y 40 puntos en el Inventario de Depresión de Beck (grave). Tras 16 semanas de participación en un programa de psicoterapia cognitivo-conductual que incluyó terapia de exposición y prevención de respuesta, junto con la administración de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, el nivel de gravedad se redujo a leve en ambas escalas (15 y 13 puntos respectivamente). El tratamiento farmacológico y psicoterapéutico combinado resultó eficaz para la reducción de la sintomatología asociada al trastorno. Se discuten los desafíos asociados a la aplicación de la terapia de exposición y prevención de respuesta como tratamiento de primera línea para el trastorno obsesivo compulsivo, así como aspectos farmacológicos relevantes y las limitaciones del estudio.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo - Compulsivo, Terapia Cognitivo Conductual, Inhibidores Selectivos de Recaptación Serotoninérgica.

Abstract:

Obsessive-Compulsive Disorder is a mental condition that can cause significant dysfunctions in those who suffer from it. We present the case of an adult male with symptoms of obsessions, compulsions and avoidance that limited his functionality. To assess the severity of Obsessive-Compulsive Disorder, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and the behavioral interview were used, while for depressive symptoms, the Beck Depression Inventory was used. At the beginning of treatment, the patient obtained a score of 34 on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (extreme severity) and 40 points on the Beck Depression Inventory (severe). After 16 weeks of participation in a cognitive-behavioral psychotherapy program that included exposure and response prevention therapy, together with the administration of selective serotonin reuptake inhibitors, the level of severity was reduced to mild on both scales (15 and 13 points, respectively). The combined pharmacological and psychotherapeutic treatment was effective



Acceso Abierto: Este es un artículo de acceso abierto bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite el uso, el intercambio, la adaptación, la distribución y la reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se cite adecuadamente al autor o autores originales y la fuente, se proporcione un enlace a la licencia Creative Commons y se indique si se han realizado cambios. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

in reducing the symptoms associated with the disorder. The challenges associated with the application of exposure and response prevention therapy as a first-line treatment for obsessive-compulsive disorder are discussed, as well as relevant pharmacological aspects and limitations of the study.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors.

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una condición de salud mental caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, repetitivos e involuntarios que generan ansiedad. Las compulsiones son comportamientos o actos mentales repetitivos que el individuo realiza para reducir la ansiedad asociada a las obsesiones (1)(8).

Estudios indican una prevalencia de TOC del 2,3% en adultos estadounidenses (2) y entre 1,2% y 3,2% en Latinoamérica (3). En Ecuador, aunque no hay cifras claras a nivel nacional, estudios en la Sierra muestran prevalencias significativas: 7,59% en Nabón y 3,5% en “El Valle” (4)(5). Ambos estudios emplearon la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), herramienta diagnóstica recomendada por guías como del Colegio Internacional de TOC (ICOCS) para la evaluación inicial (6).

Dada la escasez de reporte de casos sobre intervenciones para TOC en Ecuador, este estudio evalúa la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con exposición y prevención de respuesta (EPR) combinada con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en un paciente ecuatoriano con TOC grave.

Presentación del caso

Hombre de 35 años que presenta las siguientes obsesiones: dudas constantes sobre la realización de actividades cotidianas en el hogar (p. ej., cerrar puertas, ventanas, apagar hornillas), el temor a tener un impulso incontrolable de dañar a otros (p. ej., insultar, agredir) y miedo a que las personas lo juzguen.

Entre las compulsiones que realiza se encuentra la verificación de actividades (entre 2 y 8 horas diarias), rituales mentales para “neutralizar” pensamientos obsesivos y evitación de situaciones sociales y personas para prevenir daños a terceros. Se observa acomodación familiar en donde el paciente solicita a sus familiares asistencia a responder constantemente sus dudas y que verifiquen conductas de daño.

Ha presentado a lo largo de su vida episodios de tricotilomanía y excoriación, los cuales se exacerban en situaciones de ansiedad elevada. Debido a la severidad de las obsesiones y compulsiones, el paciente se encontraba aislado de amistades y familiares, con dificultades para socializar y un cese laboral de más de una década.

Cuenta con un historial de múltiples tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos previos, así como comorbilidad con dos episodios depresivos moderados, sin haber presentado una mejoría clínica significativa. Ausencia de antecedentes personales y familiares clínicamente relevantes.

Presenta funciones generales y de síntesis normales, las funciones cognoscitivas (sin alteraciones sensorio-perceptivas con obsesiones de tipo duda y daño), funciones afectivas (ánimo depresivo, no anhedonia), insomnio de conciliación y mantenimiento sin los medicamentos hipnóticos.

En cuanto a intervenciones previas, había recibido tratamiento farmacológico con sertralina llegando a la dosis máxima de 100 mg diarios, de gabapentina 600 mg diarios y quetiapina prescrito por insomnio 50 mg diarios. En el ámbito psicoterapéutico, había participado en procesos de TCC sin embargo, tras 9 años de tratamiento, no se observaron mejoras clínicas relevantes.

Evaluación

Los síntomas obsesivos compulsivos se evaluaron con la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown II (Y-BOCS II) obteniendo una puntuación de 34 puntos (gravedad severa) y complementada con la entrevista conductual. Para los síntomas depresivos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y se tuvo una puntuación de 40 (depresión grave).

Desarrollo de la intervención

Se realizó una rotación del antidepresivo, cambiando a Fluoxetina 20 mg durante el primer mes, con un aumento a 80 mg diarios al segundo mes (dosis máxima recomendada). Se discontinuó la gabapentina y se mantuvo la Quetiapina 25 mg diarios como hipnótico. La selección del antidepresivo se basó en su disponibilidad en el inventario de la farmacia del estudio, la tolerabilidad del fármaco para alcanzar la dosis máxima en este paciente y su aprobación por la FDA para el tratamiento del TOC.

Para el desarrollo de las sesiones terapéuticas se tomó en cuenta los siguientes procedimientos: psicoeducación, EPR en distintos formatos y estrategias de clarificación de valores para facilitar la adherencia al tratamiento.

A continuación, se describe el plan terapéutico basado en el libro “Prevención de la Exposición y Respuesta -Ritual- para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Guía para Terapeutas (Edna B. Foa, Elna Yadin y Tracey K. Lichner)”:

Tabla 1. Plan psicoterapéutico.

Número de sesión	Objetivo	Actividad
1-2	- Recopilar información sobre los síntomas y el subtipo de obsesiones. - Establecer el patrón de funcionamiento conductual de las obsesiones - Brindar información sobre el TOC, sobre la eficacia de la EPR, el curso del tratamiento y reacciones esperables.	- Aplicación del instrumento Y-BOCS II, BDI-II y lista de comprobación de obsesiones/compulsiones. - Evaluación funcional de la conducta. - Psicoeducación (individual y familiar) sobre el funcionamiento y mantenimiento del TOC, sobre la eficacia de la EPR y la importancia de la intervención psicofarmacológica.
3	- Facilitar la adherencia al tratamiento y disposición a realizar las actividades recomendadas para casa. - Educar al paciente en las estrategias de medición de progreso durante la intervención.	- Presentación del sistema de medición de malestar de escala de unidades subjetivas de ansiedad. - Selección de estímulos y confección de la jerarquía de exposición.
4 -7	- Reducir las respuestas de malestar vinculadas a la experimentación de sensaciones interoceptivas. - Mejorar la tolerancia a sensaciones, emociones y pensamientos desagradables.	- Exposición a sensaciones temidas a través de ejercicios que permitan generar respuestas de activación similar (taquicardia, hiperventilación) - Exposición a pensamientos condicionados aversivamente.
8-14	- Reducir la intensidad, duración y frecuencia del malestar experimentado por las obsesiones y de la emisión de comportamientos compulsivos. - Mejorar la aproximación del paciente a sus áreas de vida abandonadas.	- Exposición al pensamiento sobre temores y obsesiones identificadas. - Exposición en la imaginación a consecuencias temidas frente a la ausencia de compulsiones. - Exposición en vivo con prevención de respuesta.
16	-Evaluar el progreso de la intervención.	-Aplicación de las escalas Y-BOCS II y BDI-II.

Resultados

A través de los resultados en la escala de Y-BOCS II y el BDI-II, luego de las 16 semanas de tratamiento se evidenció una reducción de síntomas (figura 1) disminuyendo la gravedad de estos a leve, en ambos cuadros.

Actualmente presenta síntomas leves de ideas obsesivas sin compulsiones, se encuentra en remisión, y ya no experimenta

limitaciones en sus esferas de vida. Tras completar el programa piloto de EPR, continúa recibiendo sesiones mensuales de TCC como parte de un programa de seguimiento y prevención de recaídas. La farmacoterapia se mantiene con planes de reducción gradual. La disminución de la sintomatología asociada al TOC ha permitido al paciente alcanzar una meta significativa que no había podido lograr durante años: su reincorporación al ámbito laboral.

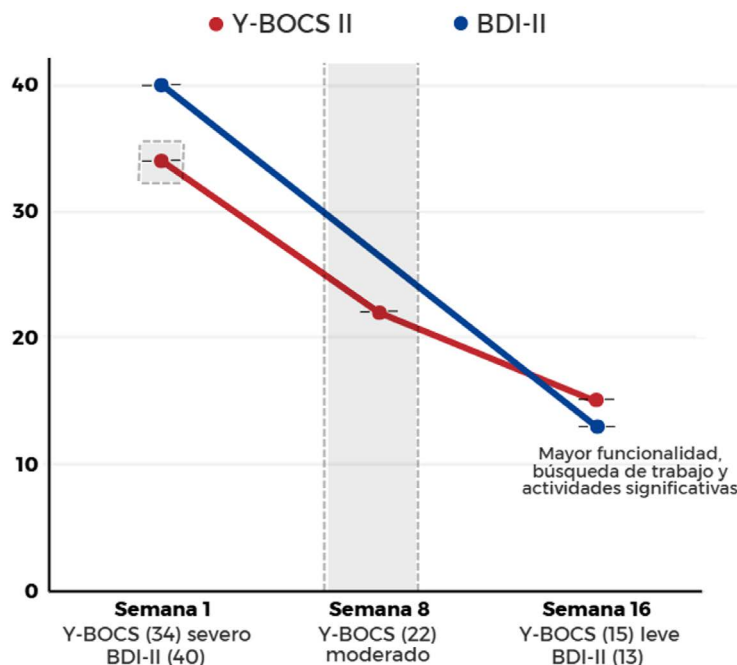


Figura 1. Resultados de la evolución del paciente luego de 16 semanas.

Discusión

La terapia combinada de EPR e ISRS mostró reducción sintomatológica de los síntomas obsesivos compulsivos y depresivos. En otros estudios se ha reportado la reducción de síntomas asociados al TOC con un esquema de intervención similar (7) (8). De igual manera, las guías internacionales sobre el tratamiento para el TOC sugieren la combinación de ISRS y la TCC con EPR como el pilar de la intervención en casos de TOC grave (9)(10)(11).

La eficacia de la EPR, considerada el tratamiento psicológico de primera línea para el TOC (12)(13)(14), se ha vinculado con la habituación de la emoción condicionada (reducción en la intensidad de la respuesta) (15), modificación de las amenazas percibidas y de la percepción de ocurrencia sobre las consecuencias temidas (16).

La dosificación alta de ISRS para los síntomas obsesivos compulsivos se encuentra ampliamente recomendada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (15) y la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP) (13). Si bien la hipótesis serotoninérgica (5-HT) sobre el funcionamiento del TOC no es concluyente, se han reportado estudios en donde la disminución en la puntuación en la Y-BOCS se ha correlacionado con la utilización de dosis altas de ISRS (17)(18).

De igual manera, otros estudios reportan casos donde la reducción de síntomas depresivos se relacionó sólidamente con la disminución de síntomas obsesivos-compulsivos (15)(19).

Este reporte de caso tiene limitaciones en cuanto a la generalización de resultados y la evaluación a largo plazo de la mejora clínica del paciente. Se sugiere realizar estudios más amplios, como ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que además de las intervenciones combinadas, se incluya evaluaciones de seguimiento luego del tratamiento. Además, se recomienda integrar otros parámetros de valoración como la calidad de vida para recopilar más información sobre la eficacia sobre este tratamiento para el TOC en el contexto ecuatoriano.

Otra limitación importante es que en Ecuador los tratamientos provenientes de las terapias de conducta para trastornos tan complejos como el TOC no se encuentran ampliamente difundidos entre los profesionales asignados al cuidado de la salud mental. Se necesitan más espacios de entrenamientos, formación y divulgación de procedimientos como la EPR que han demostrado ser muy eficaces para una diversidad de trastornos vinculados al TOC y a la ansiedad.

Conclusiones

La reducción significativa de los síntomas reportados en este caso sugiere la posible eficacia de la intervención combinada de la exposición con prevención de respuesta y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en este caso de TOC grave. Esto aporta datos positivos sobre la viabilidad de aplicar esquemas de intervención similares para casos de TOC de gravedad extrema en Ecuador.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido de forma equitativa en la elaboración del presente manuscrito.

Declaración ética

La información de este caso clínico ha sido presentada de forma anónima y resguardando la identidad y confidencialidad de la información.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos que respaldan las conclusiones de este estudio están disponibles previa solicitud razonable al autor correspondiente. Los datos no están a disposición del público debido a restricciones éticas o de privacidad.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Financiamiento

Los autores declaran no recibir un financiamiento específico para la realización del presente estudio.

Referencias Bibliográficas

1. Ruscio A.M., Stein D., Chiu W.T., Kessler R. (2008). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 (1), 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
2. Harvard Medical School (2007). National Comorbidity Survey (NCSSC). https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/table_ncsr_LTprevgenderxage.pdf
3. Wetterneck C. T., Little T. E., Rinehart K. L., Cervantes M. E., Hyde E., Williams M. (2012). Latinos with obsessive-compulsive disorder: Mental healthcare utilization and inclusion in clinical trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(2), 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2011.12.001>
4. Pontón Y.P., Alvarado M., Tenesaca E.P. (2022). Prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y factores asociados en el cantón Nabón, 2021 (Tesis de grado). Universidad del Azuay. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12322>
5. Aguilera J. F., Mendoza A. E. (2019). Prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo en la población rural del cantón Cuenca (Tesis de grado). Universidad del Azuay. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9490>
6. Fineberg N. A., Hollander E., Pallanti S., Walitza S., Grünblatt E., Dell'Osso B. M., Albert U., Geller D. A., Brakoulias V., Janardhan Y. C., Arumugham S. S., Shavitt R. G., Drummond L., Grancini B., De Carlo V., Cinosi E., Chamberlain S. R., Loannidis K., Rodriguez C. I. (...) & Menchon J. M., (2020). Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *International clinical psychopharmacology*, 35(4), 173-193. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000314>

7. Foa E., Liebowitz M., Kozak M., Davies R. N., Campeas R., Martin E. F., & Xin T. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 151-161. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.151>
8. Cottraux J., Mollard E., Bouvard M., Marks I. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: One-year follow up. *Psychiatry Research*, 49(1), 63-75. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(93\)90030-K](https://doi.org/10.1016/0165-1781(93)90030-K)
9. Storch E. A., Lewin A. B., Larson M. J., Geffken G. R., Murphy T. K., Geller D. A. (2012). Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research*, 196(1), 83-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.013>
10. Janardhan Y. C., Sundar A.S., Narayanaswamy J. & Math S. (2022). Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 59 (Suppl.1), 74-90. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196976>.
11. Nezgovorova V., Reid J., Fineberg N. A., Hollander E. (2022). Optimizing first line treatments for adults with OCD. *Comprehensive Psychiatry*, 115, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152305>
12. Jacobson N.C., Newman M.G., Goldfried M.R.(2016). Clinical Feedback About Empirically Supported Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 47(1), 75-90. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.003>
13. American Psychiatric Association (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (7), 5-53.
14. Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D. S., Costa D., Denys D., Dilbaz N.,... & Zohar, J. (2022). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 24(2), 79–117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
15. Salkovskis P. (2007). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*, 6 (6), 229-233. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.03.008>
16. Abramowitz J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive—Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 407–416. <https://doi.org/10.1177/070674370605100702>
17. Bloch M. H., McGuire J., Landeros-Weisenberger A., Leckman J. F., Pittenger C. (2010). Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 15, 850-855. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.50>
18. Barr L. C., Goodman W. K., Price L. (1993). The serotonin hypothesis of obsessive compulsive disorder: implications of pharmacologic challenge studies. *International Clinical Psychopharmacology*, 8 (Suppl 2), 79-82. <https://doi.org/10.1097/00004850-199311002-00011>
19. Wetterneck C., Leonard R. C., Adams T., Riemann B., Grau P., Franklin M. (2020). The effects of depression on the treatment of OCD in a residential sample. *Bulletin of the Menninger Clinic, Supplement A*, 12-33. <https://doi.org/10.1521/bumc.2020.84.suppA.12>