

A propósito de un caso de Anorexia Nerviosa secundaria a un Trastorno Obsesivo Compulsivo con síntomas de escrupulosidad predominante en un adulto joven.

Adriana Granja, Psc.; Verónica Pérez, MD; Juanita Gempeler, Psc.; Maritza Rodríguez, MD, MSc; Oscar Ribero, MD
Programa Equilibrio para Trastornos del Comportamiento Alimentario, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente adulto, de sexo masculino, con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), cuya sintomatología principal radica en las ideas obsesivas y rituales de contenido religioso (escrupulosidad), que le conducen al ayuno, la restricción de la ingesta y la pérdida significativa de peso. Se discute la existencia de Anorexia Nerviosa (AN) secundaria al TOC, las relaciones descritas entre ambas patologías, la importancia del diagnóstico dual en este caso y las particularidades y dificultades de la intervención desde las técnicas de exposición y prevención de respuesta (EX/PR) de la Terapia Cognoscitivo Conductual (TCC). Los resultados evidencian la efectividad en la intervención propuesta con disminución significativa en los síntomas obsesivos-compulsivos (48 % reducción en Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale –YBOCS-) y la recuperación nutricional alcanzando un peso acorde a su estatura y edad para un índice de masa corporal (IMC) de 22.3.

INTRODUCCION

El tratamiento de los pacientes con la comorbilidad TOC-AN plantea varias dificultades y retos clínicos. Por una parte, la malnutrición impacta negativamente las funciones cognitivas, incrementando la obsesionalidad y el pensamiento rígido; por otra parte, la inanición puede interferir el efecto esperado de la Terapia Cognoscitivo Conductual (TCC).

MÉTODO

Reporte de Caso.

Se presenta y discute el caso de un hombre joven con TOC y AN, cuyos síntomas de escrupulosidad lo conducen a la inanición por su negativa a comer, con una marcada pérdida de peso, estado desnutrición aguda y distorsión de la imagen corporal.

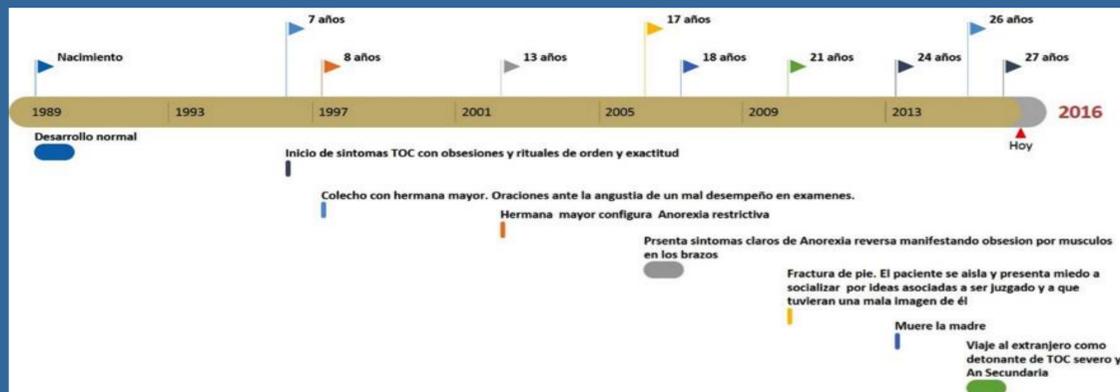
CASO CLINICO

Paciente masculino, 27 años de edad, soltero, profesional universitario con nivel de maestría. Procedente de una familia católica, creyente y practicante. Actualmente vive con su padre, con la segunda esposa de su padre y con los hijos de esta relación. La madre del paciente falleció a causa de un cáncer de seno hace 4 años.

Fue remitido a tratamiento integral para TCA (Trastornos de Conducta Alimentaria) por un cuadro clínico de aproximadamente 8 meses de evolución, consistente en pérdida de peso (aproximadamente 25 kg en los últimos 6 meses), secundaria a comportamientos restrictivos y voluntarios de la ingesta por temor a la “gula”, al comer con avidez, y a ser “egoísta” por comer en frente de las necesidades apremiantes de otros y no ofrecer de su comida para satisfacer esas necesidades. Se realizó una evaluación multidisciplinaria por Psiquiatría, Psicología y Nutriología.

Se realizó diagnóstico de TOC severo y Anorexia Nerviosa tipo Restrictivo.

Línea de eventos vitales



Obsesiones: Religiosas, agresivas, sexuales	Compulsiones: Verificación, repetición, varias
Excesiva preocupación por comportarse de manera egoísta o pensar de manera exagerada en sí mismo.	Regalar su comida incluso a los que no lo necesitaban. Incapacidad para comer lo último que restaba de su plato, debía regalarlo.
Temor a Dios por no hacer lo correcto. Temor de hacer algo que pueda ser considerado un pecado o violar la doctrina religiosa o moral.	Comer muy lento, temor cometer un pecado relacionado con “la gula” Lecturas compulsivas de la biblia y otros textos religiosos, por considerar que es un irrespeto a Dios no entenderlos perfectamente Oraciones compulsivas (más de 4 horas diarias).
Temor a ser injusto o desagradecido.	Realizar venias frente a cada imagen sagrada. Agradecimiento repetido, excesivo.
Miedo a hacerle daño a otros, a nivel emocional. Temor a ser irrespetuoso por fantasear o desear a una mujer sexualmente.	Evitación, Aislamiento social.
Temor a decir obscenidades, insultos y groserías.	Oración, ayuno.
Temor a ser responsable de un evento terrible (Incendio o robo)	Revisar electrodomésticos y ventanas para cerciorarse de evitar un evento terrible (incendio o robo) .

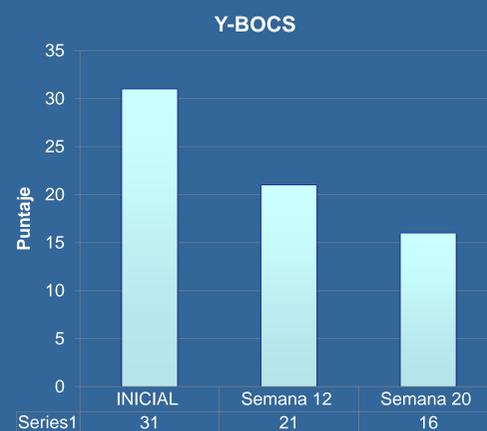
YBOCS

Puntaje Obsesiones= 15
Puntaje Compulsiones= 16
Puntaje Total = 31

EVOLUCIÓN



Gráfica del comportamiento del peso al inicio del cuadro y durante la renutrición



Comparación Pretest-Postest en las puntuaciones de la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown (YBOCS)

DISCUSIÓN

Si bien la comorbilidad de TOC y TCA ha sido ampliamente documentada, tanto desde una perspectiva clínica como etiopatogénica. La literatura revela casos excepcionales de pacientes con TOC cuyos síntomas claves referentes a lo moral y lo religioso derivan en una Anorexia Restrictiva, y muy poco se ha escrito acerca de cómo tratar estas dos patologías complejas simultáneamente.

En el caso presentado se plantea el doble diagnóstico, dado que si bien la restricción no está motivada por la búsqueda de la delgadez o el temor a sentirse obeso, el paciente restringe voluntariamente la ingesta de alimentos (Criterio A para anorexia en el DSM-V), y presenta ideas obsesivas en torno al acto de comer y distorsión de la imagen corporal (Criterio C DSM-V), en consecuencia, se hace indispensable el abordaje de la doble problemática para favorecer la recuperación total e integral del paciente.

El uso de la técnica de exposición y prevención de respuesta aplicada a este caso, se adaptó para intervenir los síntomas desde las dos áreas clave (religiosidad y alimentación). Se buscó la habituación a una doble fuente de ansiedad. Durante las tareas de exposición y prevención de respuesta, el paciente tuvo dificultades en diferenciar los rituales del TOC y los propios de su religión. Las creencias que limitan entre lo obsesivo y la practica religiosa, tienen un límite fino en los que el terapeuta debe ser cauteloso a la hora de plantear una reestructuración cognitiva y una disminución en la frecuencia del pensamiento. En este caso, un sacerdote con formación en Psicología, apoyó el proceso lo que permitió la complementación de la esfera psicológica y religiosa en el tratamiento y una mayor confianza en el paciente logrando aliarse con la exposición y la flexibilización de las rutinas religiosas y de alimentación.

REFERENCIAS

- Fonslow, B. R., Stein, B. D., Webb, K. J., Xu, T., Choi, J., Kyu, S., & Ili, J. R. Y. (2013). Why Do Eating Disorders and Obsessive Compulsive Disorder Co-Occur? *Eat Behav, 10*(1), 54–56. <http://doi.org/10.1038/nmeth.2250>.
- Godier, L. R., & Park, R. J. (2014). Compulsivity in anorexia nervosa: A transdiagnostic concept. *Frontiers in Psychology, 5*(JUL), 1–18. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00778>
- Sharma, D. D., Kumar, R., & Sharma, R. C. (2006). Starvation in obsessive-compulsive disorder due to scrupulosity. *Indian Journal of Psychiatry, 48*(4), 265–6. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.31563>
- Wang, Q., Li, W., Liu, X. S., Carroll, J. S., Jänne, O. A., Krasnickas, E., ... Brown, M. (2014). Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Complicated by Comorbid Eating Disorders. *Cogn Behav Ther, 27*(3), 380–392. <http://doi.org/10.1016/j.molcel.2007.05.041.A>