

CASO CLÍNICO

OBSESIONES EXISTENCIALES: UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO POSPARTO

Ana B. Cordeiro-de-Medeiros^{1*}
Cátia F. S. Fernandes-dos-Santos¹
Salomé I. Pimentel-Xavier¹

¹Psychiatry and Mental Health Department,
Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

*Corresponding Author:

Department of Psychiatry and Mental Health – Hospital Garcia de Orta
CDC Building – 1st Floor, Av. Torrado da Silva,
2805-267 Almada, Portugal
anabcmedeiros@gmail.com

RESUMEN

Las obsesiones existenciales (OE) son un tipo poco común de pensamiento obsesivo, también descrito como obsesiones filosóficas o reflexivas. En el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) con inicio en el posparto, el cuadro clínico frecuentemente presenta pensamientos intrusivos sobre el daño infantil y compulsiones de verificación. Presentamos un caso inusual de una paciente con TOC de inicio posparto, que presentaba OE. El caso destaca la importancia de explorar activamente la sintomatología, para un diagnóstico diferencial acertado. En particular, en el posparto, un diagnóstico psiquiátrico correcto tiene importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.

Palabras clave. Trastorno obsesivo compulsivo | Posparto | Obsesiones existenciales | Psicopatología

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(5): 246-48 | ISSN: 1578-2735

ABSTRACT

Existential obsessions (EO) are an uncommon type of obsessive thought, also described as philosophical or ruminative obsessions. In Obsessive Compulsive Disorder (OCD) with postpartum onset, the clinical picture frequently counts with intrusive thoughts about infant harm and compulsions of verification. We report an unusual case of a patient with postpartum onset OCD, who presented with EO. The case highlights the importance of actively exploring the symptomatology, for an accurate differential diagnosis. In particular, in the postpartum period, a correct psychiatric diagnosis has significant therapeutic and prognostic implications.

Key words. Obsessive Compulsive Disorder | Postpartum | Existential Obsessions | Psychopathology

INTRODUCCIÓN

El TOC se caracteriza por obsesiones recurrentes (pensamientos / imágenes intrusivas, no deseados e incontrolables) y comportamientos / rituales compulsivamente repetidos. Es una entidad psiquiátrica común (prevalencia promedio de 0,5-3%)¹⁻³. El diagnóstico se retrasa con frecuencia, principalmente debido a la vergüenza del paciente por los síntomas centrales⁴. Además, el inicio repentino es posible, principalmente después de un evento estresante o durante el embarazo y/o el período posparto⁵. Las principales características psicopatológicas informadas sobre el TOC posparto son pensamientos intrusivos sobre el daño infantil y las compulsiones de verificación^{6,7}. Aunque el período perinatal es un momento de alto riesgo para el inicio del TOC, la incidencia posparto no está bien estudiada, oscilando entre el 4% y el 11%⁷⁻⁸.

En una perspectiva fenomenológica, el concepto de duda ha sido considerado como una característica central del TOC^{9,10}. Históricamente, Du Salle nominó TOC como *Folie du Doute*. William James se refirió a la "manía cuestionadora" y Janet expresó una "falta de certeza" en los pacientes con TOC. Algunos autores han abogado de manera inclusiva por una asociación entre la gravedad de la duda y un mal pronóstico¹⁰⁻¹². Si la duda es una característica central de la forma del pensamiento obsesivo, también es parte de su contenido en las OE. Las OE son pensamientos intrusivos sobre preguntas que no pueden ser respondidas, debido a su naturaleza metafísica^{10,11}. Estas preguntas son puramente filosóficas, involucrando el significado o la realidad de la vida, la existencia del universo o incluso la propia existencia. El paciente no puede dejar de tratar de resolver los problemas, formulando hipótesis secuenciales en su mente y buscando respuestas sin cesar. Esta actividad mental puede tomar horas, y por lo general conduce a estados extremos de ansiedad y depresión. Este raro tipo de TOC es llamado por algunos autores como TOC puramente obsesivo^{9,11}. A menudo se diagnostica erróneamente como trastornos de ansiedad depresiva o generalizada, principalmente debido al hecho de que la OE no es predictiva de ningún comportamiento compulsivo determinado. Sin embargo, la verdad es que la OE con frecuencia conduce a compulsiones internas, provocando pensamientos ritualizados, que fenomenológicamente son compulsiones, más difíciles de identificar y, a menudo, infradiagnosticadas¹¹⁻¹³.

Presentamos un caso inusual de TOC posparto con OE.

CASO PRÁCTICO

Una mujer de 25 años, nacida en Cabo Verde, residente en Portugal desde hace varios años, se presentó en el Servicio de Urgencias (SU) con tristeza y ansiedad iniciada la

semana anterior. Era una mujer casada, que vivía con su esposo, su hijo de seis años y una hija recién nacida de 4 semanas. Tenía un título académico de secundaria y trabajaba como camarera de hotel. No tuvo seguimiento previo en Psiquiatría, aunque refirió ideas obsesivas agresivas después del nacimiento de su primer hijo, por un corto período de tiempo, y con remisión espontánea sin intervención médica / psicológica. No tenía antecedentes patológicos personales y familiares relevantes. No tomó ningún medicamento habitual ni sustancias psicoactivas. El parto de su hija había sido sin incidentes, y el recién nacido estaba sano. Fue referida por su médico general, a quien había visitado esa mañana. Se quejaba de *ansiedad, miedo a estar sola* (sic) y *una gran confusión en mi cabeza* (sic). En este contexto, describió preguntas existenciales permanentes, como *¿Qué estoy haciendo aquí? ¿Por qué hay vida o muerte?... o por qué hay esto o aquello... cosas simples?* (sic). Ella afirmó pasar mucho tiempo tratando de resolver estos problemas. Estaba muy angustiada y ansiosa por estos pensamientos, sintiéndose incapaz de cuidar adecuadamente a su hija, sintiéndose triste, con llanto frecuente, sintiéndose incómoda y extraña: *"no sé por qué pienso en esto, nunca pensé en estos temas antes ..."* (sic). Su examen del estado mental (EEM) en el SU fue descrito como: orientado en el tiempo, el espacio y la persona; atención sostenida; contacto sintónico, postura adecuada; en su mayoría provocado y discurso hipofónico, pero coherente; pensamiento rumiante; estado de ánimo deprimido con labilidad emocional; perspicacia preservada. Fue derivada a una consulta de Psiquiatría, con un diagnóstico práctico de episodio depresivo posparto (DPP), y fue medicada con sertralina 50 mg/día. Regresó al SU diez días después, debido a la falta de mejoría. Ella describió el empeoramiento de la ansiedad, el insomnio inicial y terminal, y los pensamientos extraños más intensos (sic), ejemplificando: *¿Por qué soy así? ¿Por qué existen las personas? ¿Por qué Dios creó a las personas?* (sic). En consecuencia, se sintió confundida (sic), temía que los pensamientos nunca terminaran y expresó que no podía vivir de esa manera, aunque no tenía una ideación o plan suicida activo. El EEM fue similar al anterior. Se mantuvo el diagnóstico de trabajo de DPP y se aumentó la sertralina a 100 mg/día.

En la primera consulta de Psiquiatría, tres semanas después, mostró ligeras mejoras en el estado de ánimo y la ansiedad, aunque mantuvo las preocupaciones existenciales descritas, con un importante impacto funcional. Dado su estado afectivo más estable, fue posible explorar mejor la fenomenología de los pensamientos obsesivos existenciales. De hecho, tenían un carácter intrusivo, apareciendo por primera vez unos días después de la entrega. Su contenido no estaba relacionado con ningún tema de interés para el paciente, aunque, nada más emerger, venían con una

intensa necesidad de resolverlos y de aclarar la duda. Su resolución imposible causó gran angustia al paciente. Los sentimientos de tristeza, inutilidad, incapacidad para cuidar al recién nacido y la ansiedad surgieron secundariamente a las obsesiones. Pasó mucho tiempo tratando de resolver mentalmente las dudas, formulando otros pensamientos, creando fenómenos compulsivos internos. El diagnóstico se cambió a TOC con inicio posparto. La sertralina se tituló hasta 200 mg/día y se añadió un antipsicótico (olanzapina hasta 5 mg a la hora de acostarse). Con estos regímenes farmacológicos, el cuadro clínico mejoró progresivamente en los siguientes dos meses. Hubo una disminución significativa en la frecuencia de los pensamientos obsesivos y, conociendo su naturaleza, el paciente fue capaz de integrar algunas estrategias psicoeducativas proporcionadas para lidiar con ellos. Su estado de ánimo se volvió eutímico, y su capacidad para cuidar a su bebé se restauró después de cinco meses desde la evaluación inicial.

DISCUSIÓN

El caso destaca la importancia de una investigación rigurosa sobre la psicopatología que subyace a un cuadro clínico, y la importancia de la distinción entre fenómenos psicopatológicos primarios y secundarios. En este paciente, la dimensión afectiva alterada, inicialmente comprobada, fue secundaria a la egodistonia de los síntomas del TOC. Este escrutinio tuvo implicaciones prácticas cruciales. El simple hecho de que la paciente entendiera la naturaleza de sus síntomas era, en sí mismo, un factor de alivio y buena adherencia al proyecto terapéutico.

Un diagnóstico de DPP, planteado en primer lugar, requiere un seguimiento de los síntomas maníacos, ya que es significativamente predictivo del trastorno bipolar (TB)^{7,14-15}. Por el contrario, el tratamiento del TOC posparto exige la titulación de altas dosis de ISRS, lo que puede hacerse de forma asertiva si el clínico está libre de la idea de un posible TB. Otra distinción diagnóstica importante es la psicosis posparto (PPP). Al igual que la DPP, la PPP también es altamente predictiva de TB^{7,16}. La diferenciación entre PPP y TOC posparto también tiene un importante valor predictivo conductual: en el TOC hay miedo y duda en relación con la actuación sobre el bebé, en la PPP hay una certeza absoluta sobre la creencia¹⁶⁻¹⁸. En términos pronósticos, aunque estos tres diagnósticos tienen una resolución favorable, DPP y PPP requieren un monitoreo más estrecho a largo plazo, debido a la probabilidad de desarrollo de TB^{17,18}.

Finalmente, las estrategias psicoeducativas/psicoterapéuticas para el TOC son bastante diferentes de las de la depresión y la psicosis. El diagnóstico correcto es fundamental para este enfoque.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El artículo describe un caso de TOC posparto con OE. El caso es inusual, tanto por su inicio posparto como por la sintomatología presentada. Destaca la heterogeneidad del contenido obsesivo del TOC y la posibilidad de presentaciones atípicas. En el período posparto hay dos condiciones potencialmente graves a tener en cuenta: DPP y PPP (ambas predictivas de TB). Un diagnóstico preciso tiene importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Alejandro Iñarra Navarro, residente de psiquiatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, su asistencia en la traducción en la versión española de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller ES, Chu C, Gollan J, Gossett DR. Obsessive-compulsive symptoms during the postpartum period. A prospective cohort. *J Reprod Med*. 2013 Mar-Apr;58(3-4):115-22.
2. Prakash S, Sagar R. Phenomenology of obsessive compulsive disorder: Taking a fresh look. *Asian J Psychiatr*. 2015 Oct;17:114-5.
3. Serati M, Benatti B, Buoli M, Altamura AC. Post-partum obsessive-compulsive disorder associated with 9q33.1 deletion. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Oct;49(10):943-4.
4. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *J Anxiety Disord*. 2003;17(4):461-78.
5. Semple, D Smyth, R, Anxiety and stress related-disorders, en: Semple, D Smyth, R: *Oxford Handbook of Psychiatry*, Fourth Edition; 2009 p. 384-387
6. Namouz-Haddad S., Nulman I. Safety of treatment of obsessive compulsive disorder in pregnancy and puerperium. *Can Fam Physician*. 2014 Feb;60(2):133-6.
7. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a clinical approach. *Braz J Psychiatry*. 2015 Oct-Dec;37(4):334-42.
8. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TL, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;50(6):503-9.
9. Penzel, F, To Be Or Not To Be, That Is The Obsession: Existential and Philosophical OCD: The OCD Newsletter [serie en internet] 2013 Jun [citado 10 jan 2019]; 105(3): [aprox.2p.] Available in: <https://iocdf.org/expert-opinions/to-be-or-not-to-be-that-is-the-obsession-existential-and-philosophical-ocd/>
10. Samuels J, Bienvenu OJ, Krasnow J, Wang Y, Grados MA, Cullen B, et al. An investigation of doubt in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2017 May;75:117-124.
11. Girishchandra BG, Khanna S. Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a factor analytic approach. *Indian J Psychiatry*. 2001 Oct;43(4):306-16. P
12. Denys D. Obsessionality & compulsivity: a phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Philos Ethics Humanit Med*. 2011 Feb 1;6:3.
13. Stone, MH. Introduction: The History of Obsessive-Compulsive Disorder From The Early Period To The Turn of the Twentieth Century. En: Stein DJ and Stone MJ, *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*, 1997; p. 24-29.
14. Sharma V, Sommerdyk C. Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management. *Womens Health (Lond)*. 2015 Jul;11(4):543-52.
15. House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport DJ, Stowe ZN. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Feb;19(1):3-10
16. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Askin R, Guler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;48(5):441-5.
17. Jones, I and Di Florio, A, *Perinatal Psychiatry*. en: Geddes, J.R., Andreasen, N.C. and Goodwin, G.M.: *New Oxford Textbook of Psychiatry*; 2020 p. 767-773
18. Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, Jones I. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*. 2013