

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO GRAVE CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO EN LA ADOLESCENCIA: PAPEL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

RAQUEL LINDO CANCHADO

Enfermera especialista en salud mental. Programa de Hospitalización Domiciliaria para Niños y Adolescentes. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

RESUMEN DEL CASO

Este artículo tiene como objetivo describir el abordaje de la enfermera especialista en salud mental de un adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo y un primer episodio psicótico mediante la hospitalización domiciliaria. Se presenta el caso de un adolescente de 15 años con antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sintomatología obsesivo-compulsiva, incluido en el programa de hospitalización domiciliaria por desorganización conductual y abandono de los autocuidados básicos. La valoración enfermera se realizó mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando como diagnósticos principales el déficit de autocuidados, el aislamiento social y el control emocional inestable. El plan de cuidados incluyó intervenciones centradas en el establecimiento de hábitos de higiene, alimentación y sueño, educación sanitaria adaptada al entorno familiar, y técnicas de afrontamiento individualizadas, orientadas a mejorar la autonomía y la estabilidad emocional del paciente.

Palabras clave: hospitalización domiciliaria; psicosis; trastorno obsesivo-compulsivo; adolescente; enfermería psiquiátrica.

Correspondencia: Raquel Lindo Canchado
Correo electrónico: rlindo@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia presenta una amplia variabilidad, oscilando entre un 3,8 y un 59,2 %, lo que pone de manifiesto tanto la heterogeneidad de los cuadros clínicos como la complejidad inherente al diagnóstico diferencial. A su vez, se estima que entre un 1 y un 12,5 % de los pacientes con TOC pueden desarrollar esquizofrenia a lo largo de su vida y, aproximadamente, uno de cada diez cumple criterios diagnósticos para ambos trastornos de forma concomitante. No obstante, la distinción entre síntomas obsesivo-compulsivos auténticos y aquellos derivados de ideas delirantes propias del trastorno psicótico continúa siendo un reto clínico de considerable relevancia¹⁻⁴.

Los primeros episodios psicóticos en la adolescencia conllevan una elevada carga emocional tanto para los pacientes como para sus familiares o cuidadores principales. Los adolescentes que experimentan un episodio psicótico suelen presentar alteraciones en la organización del pensamiento y del lenguaje, trastornos en los patrones de sueño y alimentación, así como una disminución del interés, la motivación y la energía para realizar actividades cotidianas. En este contexto, la intervención temprana y la actuación de la enfermera especialista en salud mental resultan fundamentales para llevar a cabo una valoración integral, detectar necesidades específicas y proporcionar cuidados individualizados que favorezcan la recuperación funcional del paciente⁵⁻⁸.

Por su parte, la hospitalización domiciliaria infantojuvenil en psiquiatría constituye una modalidad de intervención intensiva dirigida a la contención y manejo de crisis agudas de salud mental, logrando reducir tanto el número como la duración de los ingresos hospitalarios y aliviando, a su vez, la presión asistencial sobre las unidades de hospitalización

breve (UHB). Este recurso tiene como objetivo prestar atención integral a niños y adolescentes que precisan tratamiento intensivo de salud mental en su propio domicilio, preservando su entorno habitual y fomentando la colaboración de la familia como parte activa del proceso terapéutico. La evidencia disponible respalda la eficacia y eficiencia de estos programas, considerándolos alternativas menos costosas y con menor carga de estigmatización en comparación con los ingresos hospitalarios convencionales. Su funcionamiento se basa en la actuación de un equipo multiprofesional, que interviene de forma rápida y coordinada, garantizando la atención a la crisis en el entorno domiciliario, con el respaldo de la UHB para aquellos casos que, por sus características clínicas o por riesgo elevado, requieran ingreso en un dispositivo cerrado con supervisión continuada^{6,9-11}.

Este artículo tiene como objetivo describir y analizar el papel fundamental de la enfermera especialista en salud mental en la atención de un adolescente con diagnóstico de TOC y un primer episodio psicótico, a través de la modalidad de hospitalización domiciliaria infantojuvenil en psiquiatría. Para ello, se expone y discute el caso clínico de un paciente de 15 años con antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sintomatología obsesiva-compulsiva, incluido en el programa debido a la presencia de desorganización conductual y abandono de los autocuidados básicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años, derivado desde el centro de salud mental (CSM) al programa de hospitalización domiciliaria debido a una desorganización conductual con sintomatología obsesiva-compulsiva. La intervención tuvo una duración total de 30 días.

En cuanto a los antecedentes personales de interés, presenta diagnóstico de TDAH desde la infancia. Ha requerido un ingreso hospitalario previo por episodios de desorganización conductual en el domicilio, asociado a sintomatología de TOC, caracterizado por rituales y trastorno mental grave con seguimiento activo en el CSM. Como antecedentes familiares, destaca que su madre presenta síntomas obsesivos y rituales de comprobación, aunque rechaza el tratamiento en salud mental. En el ámbito escolar, el paciente no acude a clase, presentando absentismo escolar comunicado. A nivel sociofamiliar, es el menor de cuatro hermanos y el único que reside en el domicilio con ambos padres. Desde la infancia, ha presentado dificultades en la socialización, con escasas relaciones con iguales; mantiene contacto muy esporádico con un único amigo.

Durante la exploración psicopatológica, el paciente presenta una apariencia física descuidada, conductas desorganizadas en la alimentación y abandono total de las actividades básicas de la vida diaria. Se observa un marcado aplanamiento afectivo, ausencia de lenguaje espontáneo y falta de capacidad para explicar sus conductas desorganizadas. Además, presenta ausencia de conciencia de enfermedad. No se detecta riesgo de autoagresividad ni de heteroagresividad. Se encuentra consciente y orientado en tiempo, espacio y persona.

VALORACIÓN GENERAL

La valoración de enfermería se realizó siguiendo el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon (tabla 1)¹².

Tabla 1. Valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrones	Valoración
Percepción/manejo de la salud: alterado	Actitudes compulsivas.
	Déficit de atención a lo largo de su vida.
	Malos hábitos higiénicos.
	Vestimenta inadecuada.
	Piel íntegra e hidratada.
	No presenta alergias conocidas.
Nutricional/metabólico: alterado	Patrón nutricional alterado, con horarios muy desorganizados.
Eliminación: no alterado	No presenta alteraciones en el patrón de alimentación. Refleja hábitos de evacuación intestinal y urinaria adecuados.
Actividad/ejercicio: alterado	No realiza ninguna actividad extraescolar.
	Buena psicomotricidad fina y gruesa.
Sueño/descanso: alterado	Patrón de sueño alterado, con horarios muy desorganizados.
	Cambios en el estado de ánimo relacionados con el sueño.
Cognitivo/perceptivo: alterado	Ideas obsesivas.
	Dificultad para mantener la atención y la concentración.
	Le cuesta entender los dobles sentidos y las bromas.
	Lenguaje monosilábico y vacío en contenido.

Continúa

Tabla 1. Valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon (continuación)

Patrones	Valoración
Autopercepción/autoconcepto: alterado	Alteración del estado anímico con anhedonia y abulia.
	Expresión no verbal de angustia.
Rol/relaciones: alterado	Absentismo escolar. Aislamiento social, no tiene círculo de iguales. Con su padre, pasa poco tiempo debido a su trabajo.
Sexualidad/reproducción: no alterado	No presenta alteraciones en el patrón de sexualidad.
Adaptación/tolerancia al estrés: alterado	Rituales que calman su ansiedad.
	Afrontamiento ineficaz de los problemas.
Valores/creencias: no alterado	Familia católica; no presenta alteraciones en el patrón.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Tras la recopilación de datos, se procedió a la elaboración del plan de cuidados individualizado mediante la aplicación de la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para la identi-

ficación de los diagnósticos enfermeros, de la Nursing Outcomes Classification (NOC) para la clasificación de resultados, y de la Nursing Interventions Classification (NIC) para la planificación de las intervenciones de enfermería correspondientes (tabla 2)¹².

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado

NANDA	[00193] Descuido personal r/c estresores y m/p no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.			
NOC	[0300] Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)			
	INDICADORES	Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición
	[30001] Come	3	4	1: nunca demostrado
	[30004] Se baña	2	4	2: raramente demostrado
	[30006] Higiene	2	4	3: a veces demostrado
	[30007] Higiene bucal	1	4	4: frecuentemente demostrado
NIC	[5606] Enseñanza: individual			
	Actividades: • Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente. • Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.			
NANDA	[00053] Aislamiento social r/c inexpressividad m/p dificultad para establecer relaciones interpersonales recíprocas satisfactorias.			

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado (continuación)

NOC	[0109] Desarrollo infantil: adolescencia			
	INDICADORES	Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición
	[10901] Practica hábitos higiénicos	2	4	1: nunca demostrado 2: raramente demostrado
	[10904] Utiliza habilidades de interacción social	2	3	3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado 5: siempre demostrado
	[10912] Manifiesta niveles progresivos de autonomía	2	4	
	[10923] Participa en actividades extraescolares	1	3	
NIC	[4480] Facilitar la autorresponsabilidad			
	Actividades: • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño, según corresponda. • Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.			
NANDA	[0180] Manejo de la energía			
	Actividades: • Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades. • Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.			
NOC	(00251) Control emocional inestable r/c trastornos mentales m/p expresión de emociones incongruente con el factor desencadenante.			
	[1211] Nivel de ansiedad			
	INDICADORES	Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición
	[121214] Trastornos del sueño	5	2	1: nunca demostrado 2: raramente demostrado
	[121220] Irritabilidad	5	2	3: a veces demostrado 4: frecuentemente demostrado 5: siempre demostrado
	[121227] Conducta compulsiva	5	2	
	[121231] Absentismo	5	2	

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado (continuación)

NIC	[1850] Mejorar el sueño Actividades: • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
	[5820] Disminución de la ansiedad Actividades: • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

m/p: manifestado por; NANDA: diagnósticos enfermeros (North American Nursing Diagnosis Association); NIC: intervenciones enfermeras (Nursing Interventions Classification); NOC: criterios de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification); r/c: relacionado con.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante las primeras semanas, se estableció como objetivo primordial de la intervención instaurar un ritmo adecuado de rutinas y habilidades básicas cotidianas, incluyendo sueño, alimentación e higiene. Se diseñó un calendario de rutinas personalizado para proporcionar estructura a nivel familiar y fomentar hábitos saludables diarios. Para facilitar su cumplimiento, se trabajó también con la familia en las dificultades que presentaban para el establecimiento de límites. La adherencia a dicho calendario fue progresiva, logrando integrarlo de forma adecuada en un plazo de dos semanas.

Posteriormente, se establecieron como objetivos mejorar la socialización con iguales y mantener las rutinas diarias ya instauradas. El paciente comenzó a asistir de forma regular a clase, llegando de forma puntual, y retomó la relación con su amigo, animándose a invitarle a realizar actividades conjuntas. Inicialmente, solo quedaban en el domicilio del paciente y algunos fines de semana realizaba diferentes actividades en el exterior con su familia, a las que, en ocasiones, también invitaba de forma autónoma a dicho amigo. Más adelante, comenzaron a

hacer planes en espacios públicos, realizando actividades deportivas y socioculturales con otros iguales. Durante esta fase de la intervención, mantuvo parcialmente las rutinas establecidas, mejoró los horarios de sueño y alimentación, así como la higiene corporal, aunque presentó dificultades significativas para incorporar el lavado de dientes en sus hábitos. En contraste, mejoró otros aspectos como la apariencia personal, vistiendo ropa limpia, y también el orden y limpieza de su dormitorio.

En la fase final de la intervención, el paciente mostró un empeoramiento progresivo a nivel psicopatológico, con una regresión marcada en los avances logrados durante las semanas anteriores. Se abordó a nivel familiar la toma de conciencia sobre la psicopatología y las dificultades presentadas por el paciente, trabajando activamente en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la respuesta familiar fue parcial, reconociendo un abandono en la toma de medicación, a pesar de la psicoeducación realizada por parte de la enfermera especialista en salud mental y las reiteradas explicaciones por parte del equipo acerca del riesgo que ello implica para su evolución a corto, medio y largo plazo.

DISCUSIÓN

La hospitalización domiciliaria permite conocer de forma directa el entorno habitual del paciente, contrastar la información aportada tanto por este como por su familia, valorar de manera objetiva el grado de autonomía y detectar posibles dificultades que puedan interferir en el desempeño de las actividades de la vida diaria. En el caso concreto expuesto, la problemática principal se centraba en el abandono personal y la incapacidad para realizar autocuidados básicos de forma independiente. Ante esta situación, la intervención de la enfermera especialista en salud mental resultó esencial para la instauración de rutinas estructuradas, dirigidas a fomentar el autocuidado, la higiene del sueño, una alimentación adecuada y la ocupación del tiempo libre de manera saludable. Asimismo, se proporcionó un acompañamiento continuo al paciente y a su familia, facilitando herramientas mediante la educación para la salud y la psicoeducación, con el fin de promover hábitos de vida saludables y prevenir posibles recaídas⁵⁻⁸.

Otro aspecto determinante para la eficacia de la hospitalización domiciliaria es la disponibilidad de un adecuado soporte familiar, especialmente, en pacientes menores de edad. Es fundamental que los familiares acepten el diagnóstico y colaboren activamente con las pautas establecidas por los profesionales especializados, favoreciendo, así, una evolución clínica satisfactoria. Sin embargo, en este caso, se evidenció una falta de colaboración por parte de los progenitores, quienes mostraron escasa adherencia al tratamiento farmacológico prescrito y, en menor medida, a las recomendaciones sobre cuidados generales de salud y la organización de las rutinas diarias. Como consecuencia de la negativa de la familia a administrar la medicación pautada, se tomó la decisión de dar por finalizada la intervención domiciliaria, ante la imposibilidad de alcanzar mayores progresos en el estado clínico del paciente^{6,9-11}.

Este caso clínico pone de manifiesto la relevancia y el valor añadido de la enfermera especialista en salud mental como figura central en la planificación, liderazgo y ejecución de intervenciones intensivas en el ámbito domiciliario. Su actuación resulta determinante para la instauración y consolidación de hábitos de vida saludables, el acompañamiento emocional y la psicoeducación dirigida tanto al paciente como a su entorno familiar. La participación activa de la familia se configura como un componente esencial del proceso terapéutico, garantizando la continuidad de los cuidados y el mantenimiento de los hábitos y herramientas trabajados durante la intervención de enfermería. En el momento del alta, se objetiva una evolución clínica favorable, destacando la adquisición de rutinas adaptadas a la etapa evolutiva del paciente, así como una mejor organización de la conducta y de las actividades cotidianas. No obstante, persiste una mejoría parcial en aspectos relacionados con la interacción social y los autocuidados básicos de la vida diaria, lo que subraya la necesidad de seguimiento y apoyo continuado para consolidar los logros alcanzados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scala M, Biondi L, Serretti A, Fabbri C. Obsessive-compulsive, psychotic, and autism dimensions overlap in real world: a case report. *Clin Neuropharmacol*. 2023;46(4):149-52.
2. Okamura Y, Murahashi Y, Umeda Y, Misumi T, Asami T, Itokawa M, et al. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: is it a clinical entity? *Healthcare (Basel)*. 2022;10(10):1910.
3. Rasmussen AR, Parnas J. What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum. *Schizophr Res*. 2022;243:1-8.
4. Pardo M, Sandín B, Valiente RM, Chorot P. Factores de riesgo y de protección asociados al trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión sistemática. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2022;27(3):217-32.
5. Batista Gutiérrez S, Soria Martínez M, Benito Ormeño A, Martínez Donoso EC, Cano Galán K, Lafarga Santiago C. Caso clínico. Proceso de atención de enfermería a un paciente esquizofrénico con dificultad en las relaciones sociales y sedentarismo. *Rev Sanit Investig*. 2023;4(6):10.

6. Lázaro García L. Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2023;40(3):1-3.
7. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(11):969-80.
8. Henao-Castaño AM, Aguilar Ortiz LM, Rivera Romero N. Cuidado de enfermería del paciente con trastorno mental en atención domiciliaria: revisión narrativa. *Horiz Enferm.* 2023;34(1):123-38.
9. Clisu DA, Layther I, Dover D, Viner RM, Read T, Cheesman D, et al. Alternatives to mental health admissions for children and adolescents experiencing mental health crises: A systematic review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2022;27(1):35-60.
10. Graf D, Lerch S, Böhnke U, Reichl C, Kindler J, Koenlg J, et al. Treatment outcome of an intensive psychiatric home treatment for children and adolescents: a non-randomized controlled pilot evaluation. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023;32(4):685-95.
11. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, Van Deurzen PAM, Buitelaar JK, Staal WS. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):412.
12. NNNConsult. Herramienta para la consulta, formación y creación de planes de cuidados con NANDA, NOC, NIC. Elsevier. 2015. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>