

A PROPÓSITO DE UN CASO CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

A CASE WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Palabras Clave: Trastorno obsesivo compulsivo. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Evaluación ocupacional.

Key Words: Obsessive compulsive disorder. Framework for the practice of occupational therapy. Occupational assessment.

DECS: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Evaluación, Ocupaciones

MESH: Obsessive-Compulsive Disorder, evaluation, Occupations



Autores

Dña. Bibiana Ramón López

Terapeuta Ocupacional. Residencia García Hermanos de Betanzos – A Coruña

Don Pablo A. Cantero Garlito

Terapeuta Ocupacional. Sexólogo. Educador Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Plasencia. Profesor Asociado Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina, Universidad de Castilla - La Mancha.

Como citar este documento:

Ramón López B, Cantero Garlito PA. A propósito de un caso con trastorno obsesivo compulsivo. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de la consulta]; 6(9): [10 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/caso 2.pdf>

Introducción

La sintomatología principal del trastorno obsesivo compulsivo radica en la existencia de obsesiones y/o compulsiones de manera recurrente.

Las principales características de las obsesiones son (2):

1. Se trata de ideas, pensamientos, impulsos o imágenes.
2. Tienen carácter recurrente y persistente.
3. La persona las consideran intrusas, inapropiadas o sin sentido.
4. El sujeto las reconoce producto de su propia mente e intenta ignorarlas o neutralizarlas por medio de otros pensamientos o acciones.
5. Provocan ansiedad y malestar significativo.
6. No se reducen a preocupaciones excesivas sobre problemas reales.

RESUMEN

El objetivo principal de este artículo es mostrar la utilización del "Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos" (1) y contrastar su utilidad para la organización y presentación de los resultados de la evaluación ocupacional inicial. Este objetivo se articula a través de la presentación de un caso clínico de un sujeto diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo, desarrollado en el Departamento de Terapia Ocupacional de un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

SUMMARY

The main objective of this paper is to use "framework for the practice of occupational therapy: domains and processes" (1) and compare its usefulness to the organization and presentation of the results of the initial occupational assessment. This goal is articulated through the presentation of a clinical case of a person diagnosed with obsessive compulsive disorder, developed in the Department of Occupational Therapy in a Center for Psychosocial Rehabilitation.

Texto Recibido : 20/01/2009

Texto Aceptado: 10/02/200

ocupaciones de manejo y organización del hogar, para dificultar, posteriormente, la ejecución en el resto de tareas, ya sean las relacionadas con el trabajo o con el ocio.

Una de las presentaciones típicas del trastorno obsesivo compulsivo es la "fobia de contacto o delirio de tocar", en la cual la persona manifiesta claras obsesiones de limpieza. Muchas de estas personas necesitan emplear enormes cantidades de tiempo para limpiar, mantener su higiene personal, etc. En otras ocasiones, la búsqueda de simetría y perfeccionismo ocasiona que la persona

Por otro lado, este mismo autor señala que las siguientes características tienen mayor relevancia entre las compulsiones:

1. Se trata de comportamientos o actos mentales.
 2. Tienen carácter recurrente, finalista e intencional.
 3. Su objetivo es prevenir o aliviar la ansiedad que conllevan las obsesiones o impedir la aparición de algún acontecimiento negativo.
1. No proporcionan ningún placer o gratificación.
 2. La persona las reconoce como excesivas o irracionales y no están conectadas de forma realista con la obsesión que intentan neutralizar.

El mayor impacto del trastorno obsesivo compulsivo sobre el desempeño ocupacional se produce principalmente en las actividades de la vida diaria (en adelante, AVD) y en las

emplee importantes cantidades de tiempo en la realización de actividades aparentemente sencillas como la ducha o el vestido.

Otras obsesiones, sin embargo, tienen un menor impacto sobre el funcionamiento en las AVD, pero acarrean mayores dificultades en la relación con el funcionamiento en las áreas laboral y de ocio. Se trata de obsesiones que pueden tener un contenido agresivo o un marcado carácter religioso, o pueden relacionarse con la repetición de algún tipo de cálculo o similar (3).

Metodología

La importancia de la evaluación en el proceso de intervención en terapia ocupacional ha quedado señalada en numerosos trabajos recientes tanto en el contexto anglosajón como en el español. En este sentido, la preocupación por recoger y analizar de un modo más preciso la información necesaria para comprender el funcionamiento ocupacional de las personas ha sido una constante desde los comienzos de la disciplina hasta la actualidad. De acuerdo con Romero y Moruno (4) podemos definir la evaluación ocupacional como el procedimiento sistemático de adquisición de información a través del cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado.

En este sentido podemos señalar que las tres principales características del proceso de evaluación son las siguientes (5):

1. Supone un proceso de toma de decisiones.
2. Implica solución de problemas.
3. Requiere la generación y comprobación de hipótesis.

Para cumplir con estos requerimientos el "Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos" (1) se configura como un elemento esencial para la evaluación y la praxis de los terapeutas ocupacionales.

Resultados

El usuario es un varón nacido en 1977 que es derivado al recurso, un Centro de Rehabilitación Psicosocial¹, en noviembre de 2001. Vive con sus padres en un piso en propiedad y tiene una hermana que vive fuera del domicilio familiar pero mantienen una estrecha relación.

En cuanto a su nivel académico, tiene Graduado Escolar. En la actualidad no trabaja aunque si ayuda al padre en algunas labores del campo.

Está diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Fobia Social Grave y como Diagnostico Asociado, Trastorno de personalidad por dependencia y evitación (6).

Para la realización de la evaluación del funcionamiento ocupacional se utilizaron las siguientes fuentes indirectas: la historia clínica, así como informes de diferentes profesionales. Se utilizaron como fuentes directas varias entrevistas semiestructuradas y la observación para completar la información que nos permitiese una mejor comprensión del funcionamiento ocupacional del usuario.

El usuario está en tratamiento en la Unidad de Salud Mental desde 1992, fecha en la que se realiza el primer diagnostico de la enfermedad. Este primer diagnostico coincide en el tiempo con un abandono de Formación Profesional que había comenzado ese mismo curso académico.

En esta época ya presentaba un grave aislamiento social y retraso escolar motivado por un gran temor que aparece en las situaciones sociales; las cuales

¹ Centros de Rehabilitación Psicosocial (en adelante, CRPS) quedan definidos como un servicio de atención diurna, organizado para promover en las personas con una enfermedad mental crónica el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar su integración social (7).

le conducían a experimentar una respuesta inmediata de estrés que en la mayoría de las ocasiones se convierte en una crisis de angustia.

Se observa una leve mejoría en su estado general así como en su independencia personal tras pasar 8 meses en una Centro de Día en Madrid, perteneciente a una asociación de familiares. La interrupción del tratamiento en este centro esta motivado por un cambio vital de la hermana, persona con la que convivía en ese momento. Tras dejar Madrid regresa al domicilio familiar en el pueblo.

En el momento del ingreso presenta un gran enlentecimiento y ritualización obsesiva que le causa una gran limitación a la hora de llevar a cabo muchas actividades, también un grave aislamiento social, ya que, únicamente se relaciona con sus familiares más cercanos (padres y hermana) creándole mucha ansiedad el tener que relacionarse con otras personas.

Cabe destacar también un fuerte sentimiento de desesperanza e insatisfacción personal, así como un importante pesimismo centrado en sus posibilidades de recuperación.

Durante todos estos años de evolución no ha precisado de ningún ingreso en centros psiquiátricos, aunque si ha sido ingresado en una ocasión en un Hospital General tras un gesto autolítico por una ingesta medicamentosa.

En el momento de la evaluación presenta excesivas dificultades en la toma de decisiones, encontrando serios problemas para iniciar cualquier tipo de actividad, a lo que se debe sumar también un importante enlentecimiento y ritualización que dificulta la realización tareas básicas de la vida diaria, especialmente aquellas relacionadas con el aseo: ducha, vestido y el afeitado.

En cuanto a su situación sociofamiliar, el usuario vive con sus padres en un pueblo del norte de Extremadura hasta el 2004, fecha en la que deciden trasladarse a Plasencia par facilitar el tratamiento y el proceso de inserción social. Como se ha señalado con anterioridad, aunque la hermana mayor reside fuera del domicilio familiar mantiene una estrecha relación con la familia, estableciendo contacto telefónico varias veces al día con ellos. Los padres se muestran sobreprotectores y son bastante pesimistas con los progresos de la enfermedad (especialmente el padre).

Análisis e interpretación de los datos

Con todos los datos recogidos durante el proceso de evaluación se puede determinar que el usuario presenta alteraciones en las áreas de desempeño; más concretamente en las AVDB, en las AVDI y en las áreas de ocio-tiempo libre y participación social. Estas alteraciones se deben en gran medida a los déficit que presenta en las destrezas para llevar a cabo ciertas actividades relacionas con estas áreas y también al propio entorno.

Realizaremos, a continuación, una revisión por áreas de los principales déficits del usuario:

Actividades Básicas de la Vida Diaria: El usuario es independiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria pero se puede determinar que existen alteraciones sobre todo en las actividades de cuidado personal así como el baño-ducha, vestido y afeitado, ya que, el tiempo que requiere y dedica a la realización de este tipo de actividades es excesivo y desproporcionado con el tipo de actividad y, por lo tanto, disfuncional. El tiempo dedicado a la realización de estas actividades genera un profundo malestar en el usuario que ha llevado en algunos momentos de su proceso de intervención a abandonar la realización de algunos programas grupales como piscina por el tiempo que requieres para ducharse y vestirse una vez que sale de la piscina.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Las principales alteraciones en esta área de desempeño se centran en la realización de actividades relacionadas con el manejo y cuidado del hogar: limpieza de baño, de cocina, lavar la ropa, planchar, ya que, ni siquiera se encarga del mantenimiento de su cuarto.

Trabajo: Como consecuencia de las propias características del usuario y de su entorno cultural, físico y social no ha desempeñado nunca ninguna actividad laboral remunerada.

Ocio - tiempo libre: Se puede determinar que la principal dificultad del usuario con respecto a esta área es que apenas realiza ninguna actividad de ocio en compañía de otras personas, y cuando la realiza (ir al cine o al teatro) siempre es acompañado por alguna persona de su entorno más cercano (su madre, padre o hermana). En cuanto al ocio solitario dentro del hogar, lee algún libro de manera ocasional y los fines de semana pasa un número excesivo de horas jugando a un juego de fútbol en el ordenador, actividad que genera conflictividad familiar ya que se acuesta tarde y al día siguiente también se levanta tarde. Por otro lado, se debe tener en cuenta que las escasas actividades de ocio que decide realizar, en ocasiones se convierten en hábitos dominantes a los que dedica un tiempo excesivo dejando de existir un equilibrio entre el tiempo dedicado al ocio y otras áreas ocupacionales. Interfiriendo, por lo tanto, en su vida diaria.

Participación social: Se ha percibido que en esta área presenta dificultades, ya que, apenas realiza ningún tipo de actividad con otras personas ni en el entorno comunitario.

PREGUNTA

Después de los datos presentados. ¿Qué Diagnóstico Ocupacional podríamos establecer siguiendo el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional (1)?

Diagnóstico Ocupacional

Se determina que el usuario presenta alteraciones en las áreas de AVDB, AVDI, educación, ocio - tiempo libre y en la participación social.

Presenta alteraciones en el área de AVDB principalmente en las actividades de baño, aseo, afeitado, las cuales, tarda un tiempo excesivo en completar; esto se debe principalmente a un déficit en las habilidades de procesamiento, ya que, su principal obstáculo a la hora de realizar estas actividades se encuentra en una incorrecta organización del tiempo donde el usuario tiene serios problemas para poner fin a la actividad por si solo y también a la hora del inicio de la misma vacilando y dudando mucho antes de comenzar. También es pertinente relacionar estas alteraciones en esta área concreta con las propias rutinas del paciente y, por supuesto, con un tipo de hábitos dominantes relacionados con trastorno obsesivo compulsivo.

De igual modo el usuario presenta alteraciones en el área de AVDI, especialmente en aquellas actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar, cocinar o en la asunción de las responsabilidades de mantenimiento y limpieza de su dormitorio. Es su entorno social y cultural el que dificulta la realización de estas tareas ya que es la madre la encargada de llevarlas a cabo a lo que hay que añadir la relación de sobreprotección por parte de los padres.

Unas de las principales alteraciones se encuentran en las áreas de ocio-tiempo libre y participación social. No mantiene prácticamente relaciones con nadie que no se encuentre en su entorno más próximo y las actividades de ocio que realiza siempre son en solitario (jugar ordenador) o en compañía de sus padres o hermana (teatro). El origen de esta escasa participación se debe a las propias demandas que este tipo de actividades requieren y también a las propias características del usuario.

Por otro lado, cuando una actividad comienza a resultarle placentera le dedica tanto tiempo que se convierte en algo patológico y pasa de ser una actividad de

ocio a una necesidad. En esta misma línea podemos hipotetizar que las causas por las se originan los problemas en estas áreas se deben a una alteración en los hábitos dominantes dedicando tiempo excesivo a ciertas actividades y por la adquisición de rutinas erróneas. Influyendo también en todo esto su propio entorno, sobre todo el familiar.

Bibliografía

1. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: ámbito de competencia y proceso. [consultado el 02 de enero 2009]. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_trabajo_terapia_ocupacional_r ev.0ct08.pdf
2. Blanco AI, Gómez MV. Exploración y terapéutica psiquiátrica. [CD ROM]. 1ª Ed. Plasencia: Edición de los autores; 2001
3. Cantero P, Moruno P. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno P, Romero D. Actividades de la vida diaria. Coordinadores. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2006. p 53-75.
4. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Coordinadores. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2003.
5. Fernández Ballesteros R et al. Guías para el proceso de evaluación (GAP): una propuesta a discusión. Papeles del psicólogo. 2003, p 85
6. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
7. Rodríguez A. El papel de los servicios sociales en la atención de las personas con enfermedad mental crónica: la experiencia de la comunidad de Madrid. En: Libro de Ponencias del Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: situación y perspectivas. Salamanca; INICO, Universidad de Salamanca; 2001