

LIMITACIÓN EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA

LIMITATION ON SOCIAL PARTICIPATION IN PATIENTS WITH DISORGANIZED SCHIZOPHRENIA

Palabras Clave: Esquizofrenia hebefrénica, evaluación ocupacional, participación social, terapia ocupacional.

Key Words: Disorganized schizophrenia, occupational assessment, social participation, occupational therapy.

DECS: Esquizofrenia hebefrénica, evaluación, ocupacional, participación, social, terapia ocupacional.

MESH: Schizophrenia, Disorganized, assessment, occupational. Social, participation, occupational therapy.



Autora

Dña. María Calvo Leira

Terapeuta Ocupacional. Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de A Coruña. Profesora Asociada de la Universidad de la Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud.. Evaluadora del sistema acreditador de formación continuada

Como citar este documento:

Calvo Leira M. Limitación en la participación social en pacientes diagnosticados de esquizofrenia desorganizada. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [fecha de la consulta]; 7(11): [11 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/caso1.pdf>

Texto Recibido : 18/01/2010

Texto Aceptado: 01/02/2010

Introducción

Se presenta un caso clínico de un paciente que ha estado ingresado recientemente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) y en el momento actual esta en el programa seguimiento psiquiátrico a domicilio (HADOP).

Las personas que padecen esquizofrenia tienden a actuar según la realidad que perciben. Se caracteriza por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. (1)

La esquizofrenia desorganizada también conocida como hebefrenica, es la segunda más frecuentemente diagnosticada del grupo de las esquizofrenias, después de la esquizofrenia

RESUMEN

En este caso, la disfunción ocupacional que aparece en las áreas ocupacionales se relaciona con la dificultad para mantener una adecuada interacción asociado con un cuadro médico de Esquizofrenia Hebefrénica.

SUMMARY

In this case, the occupational dysfunction that appears in occupational areas related to the difficulty in maintaining adequate interaction associated with a medical chart Disorganized Schizophrenia.

paranoide. Este subtipo esta asociada a un inicio temprano e insidioso y a un curso sin remisiones significativas.

Esta suele cursar con síntomas positivos poco estructurados, no llegando a hacer delirios y con síntomas negativos muy patentes. Las características principales de tipo hebefrénico son el comportamiento desorganizado, la afectividad aplanada o inapropiada.

El lenguaje desorganizado que puede ir acompañado de tonterías y risas inmotivadas. La incoherencia y la pérdida de la capacidad asociativa. Otros síntomas frecuentes serian muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. La desorganización comportamental puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar al cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y obviamente dicho comportamiento no será particularmente bien recibido en el entorno escolar. Tal vez lo que perjudique más el aprendizaje sea el pensamiento desordenado característico de esta esquizofrenia (por ello esta subtipo es denominado en la DSM IV TR de esquizofrenia desorganizada) (1). A las personas que padecen la enfermedad a menudo les resulta imposible concentrarse durante largo tiempo y no pueden pensar con claridad. A los adolescentes que desarrollan esquizofrenia seguramente les resulta difícil desempeñarse en el entorno escolar. Si la enfermedad se arraiga, es probable que sean cada vez menos capaces de participar en las actividades normalizadas del aula. El pronóstico suele ser desfavorable y puede que la personalidad del paciente no realice el proceso de maduración esperado

EVALUACIÓN OCUPACIONAL INICIAL (2,3)

1. Datos clínicos:

Varón de 15 años. Estudiante de 4 E.S.O.

Antecedentes de dos ingresos previos en la UHP. En las dos ocasiones, el motivo de ingreso fue por alteraciones de conducta que impedían su contención en el medio familiar.

2. Anamnesis:

El inicio de sus trastornos los fechamos cuatro meses antes del primer ingreso (a juicio de su entorno más inmediato), en el que un día llega a casa del colegio diciendo que es "gay". Su familia comienza a observar cambios en el comportamiento, por momentos triste y agobiado, en otros más inquieto y con un discurso desorganizado lleno de múltiples contenidos extragavantes o bizarros (homosexualidad, pedofilia, abusos sexuales, etc..). Apenas dormía y tenía que estar acompañado por la noche, presentando además gestos de auto y heteroagresividad. Definido anteriormente por su madre como un niño introvertido pero normal. Cuando ingresa en la UHP presenta ideación delirante poco estructurada, con múltiples contenidos de tipo sexual y de perjuicio. En el ingreso es tratado con antipsicóticos, con mejoría de los síntomas psicóticos. Mejora su relación interpersonal y su pensamiento se vuelve más organizado, aunque persiste una actitud pueril y cierta incongruencia afectiva. Tiene una nula conciencia de enfermedad. A los diez días se le da el alta, debido al estrés generado en la familia a causa del ingreso dado su juventud y brusca aparición. Se le diagnostica de trastorno esquizofreniforme F20.8- Se deriva HADOP.

A los 29 días ingresa nuevamente en la UHP desde HADOP. Buena evolución desde el alta, hasta hace unos días, coincidiendo con el regreso a las clases, estudiante de 4º de ESO, en época de exámenes, situación esta que le genera irritabilidad, le hace estar más inquieto y nervioso. Esto le lleva a tener discusiones en el domicilio, con agresión hacia sus padres y rotura de enseres. Su única explicación a lo que hace es "porque le da la gana". Sueño regular estos últimos días, caprichoso, irritable y negativista. Durante su ingreso, predomina un afecto absurdo, no apropiado, conductas infantiles, se ríe sin

motivo aparente, mostrando en muchas ocasiones falta de interés y participación.

3. Entornos y Contextos

Cultural: Nacionalidad española. Vive en a Coruña.

Físico: Vive en una casa de propiedad paterna, con sus padres y una hermana 2 años mayor que él que ha empezado a estudiar en la universidad.

Personal: Varón de 15 años. Actualmente cursa 4º de eso, siempre ha estado en el mismo colegio con buen rendimiento hasta este curso, coincidiendo con la aparición brusca del cuadro.

Temporal: Se encuentra en una edad adolescente, en una etapa formativa.

Virtual: maneja móvil, el ordenador, (redes sociales) adecuadas para su edad.

4. ÁREAS DE DESEMPEÑO.

Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB) Mantiene conservadas las actividades de higiene personal y aseo, vestuario y alimentación. Cuando está más desorganizado afecta al patrón del sueño, llegando a necesitar que su madre pase las noches acompañándolo. Muestra una preocupación excesiva, patológica, sobre su tendencia sexual, expresando dudas de una manera continua. Realiza comentarios inadecuados y desinhibidos.

Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI). Utiliza los sistemas de comunicación apropiados a su edad, de forma independiente. Utiliza de forma adecuada los medios de transporte y el resto de esta área instrumental está conservada. Actualmente, debido a que pasa más horas en casa, ya que se ha decidido que todavía no se incorporase a las clases, ayuda en la realización del cuidado y limpieza de la casa. Tienen mascota, pero es su madre la que se ha responsabilizado siempre de su cuidado.

Educación. Es el área que más preocupa, ya que hasta el momento tenía un buen rendimiento. En el momento actual le genera mucha ansiedad e

irritabilidad, ya que le produce mucho estrés. El último intento de incorporarse a las clases provocó el segundo ingreso. Cuando aparecen los primeros síntomas, tiene episodios de risa inapropiada que no es capaz de contener, provocando la expulsión del aula.

Ocio y Tiempo Libre. Actualmente sale con unos amigos de clase, van al cine y a pasear. En ocasiones van a su casa, para tranquilidad de la madre, a jugar con la videoconsola.

Participación Social. Tiene un grupo de amigos desde la infancia, que va manteniendo y teniendo relaciones propias de la edad. Mantiene una relación inapropiada y pueril en el medio familiar. A veces dice no entender ni a su hermana a la que hacía mucho caso antes de la enfermedad. Cuando se le pregunta por que actúa de esa manera nos dice que lo hace porque le da "la gana". En otras ocasiones no lo reconoce y hace nula crítica de la situación. La familia del paciente es muy colaboradora y se deja guiar por los profesionales que atienden al paciente, esto actúa muy a favor de la evolución del paciente. Tiende a relacionarse de forma diferente a la anterior, se aprecia en los comienzos y mantenimientos de conversaciones y relaciones, que suelen ser más rápidos y abruptos en su finalización.

PREGUNTA PARA EL LECTOR:

Ante estos datos:

1. ¿Cual sería el diagnóstico ocupacional (4) que se plantearía en el área de Participación Social siguiendo la estructura de Rogers & Holmes, utilizando el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional AOTA 2002 (3) y la clasificación de la funcionalidad y la discapacidad (CIF 2001)? (5).
2. ¿Cual crees que podría ser la intervención propuesta utilizando como referencia el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional AOTA 2002? (3)

1. ¿Cual sería el diagnostico ocupacional (4) que se plantearía en el área de Participación Social siguiendo la estructura de Rogers & Holmes, utilizando el marco de trabajo para la practica de la terapia ocupacional AOTA 2002 y la clasificación de la funcionalidad y la discapacidad (CIF 2001) (3,5)?

5. DIAGNOSTICO OCUPACIONAL.

Presenta una limitación en la actividad de Participación social (en medio familiar, ya que mantiene una relación inapropiada) como consecuencia de una deficiencia en las características del paciente en las funciones mentales específicas (funciones del pensamiento: en cuanto al flujo, contenido, forma y control afectándose en la coherencia y la lógica; en la forma de iniciar, mantener y finalizar la conversación). Además influye una alteración en las destrezas de comunicación e interacción, (gestos: tales como gesticular y reírse de forma inapropiada; intercambio de información: tipo de información transmitida y forma; expresión: siendo muy pueril y fuera de tono en ocasiones; respeto y modulación: en la que existe una ausencia de este tipo de destreza hacia su familia mostrándose muy irritable cuando no se le dice lo que quiere oír y en el intercambio de información: no respetando los turnos para hablar con velocidad de intercambio de información elevados). A esto hay que unirle un entorno temporal no ajustado a su momento vital.

2. ¿Cual crees que podría ser la intervención propuesta utilizando como referencia el marco de trabajo para la practica de la terapia ocupacional AOTA 2002 (3)?

6. ENFOQUE DE LA INTERVENCIÓN.

Restauración de las Características del Cliente y de las Destrezas de interacción.

A medio largo plazo y de comienzo fuera de la UHP debería de ajustarse la intervención a un entorno de restauración de entorno temporal y un ajuste en las demandas de la actividad propuestas para el desarrollo de esta área.

7. TIPOS DE INTERVENCIÓN

El uso terapéutico de las ocupaciones y actividades, en este caso el uso de ocupaciones y actividades básicas, ya que durante el ingreso se intentó ajustar las interacciones con personas de su entorno más próximo para generalizarlas posteriormente en su entorno personal. Estas estaban encaminadas a disminuir la irratibilidad y las conductas bizarras que presentaba al ingreso.

Asesoría con el paciente y los familiares en relación a las diferentes formas de interacción y gestión de las mismas.

7. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

Durante su ingreso, predomina un afecto absurdo, no apropiado, conductas infantiles, se ríe sin motivo aparente interfiriendo en muchas ocasiones en el desarrollo de la terapia. En algunas ocasiones le cuesta mantener la atención sostenida en la actividad y su interés es variable. Muestra una personalidad inmadura y pueril. En ocasiones es preciso marcarle límites, que le cuesta aceptar y reacciona de forma caprichosa. Mediante las intervenciones se le refuerza en las interacciones adecuadas. Se va disminuyendo la irratibilidad que ocasiono el ingreso. Aún así persiste puerilidad y dificultad para organizar el pensamiento. Díez días después parece más tranquilo y colaborador. Más adecuado en la unidad y ha mejorado considerablemente la relación con sus padres. Dos días después se le da el alta y se le cambia el diagnostico por el de Esquizofrenia hebefrénica o desorganizada. Se le deriva a HADOP

CONCLUSIÓN

La psicofarmacología es esencial en el tratamiento de las psicosis, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad. Ya que la patología que afecta al paciente dificulta el desempeño ocupacional favoreciendo la aparición de limitaciones y restricciones en la participación. (1)

Padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impide el desarrollo de los roles sociales valiosos, como el trabajo o al menos una ocupación, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios. Es decir proporcionar la ayuda que requiera la persona para el desempeño psicosocial. Se va a tratar de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impidan una integración normal del paciente en su medio, entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social y familiar. (1)

El objetivo es conseguir que el funcionamiento del paciente en sus actividades cotidianas, sea lo más independiente y satisfactorio posible, dependiendo del deterioro que ocasione su patología. El pronóstico de la esquizofrenia hebefrénica o desorganizada suele ser desfavorable debido a su comienzo en una edad muy temprana y pudiendo ocasionar que no se desarrolle una personalidad madura y por tanto afectar a futuros roles de desempeño adecuados a cada edad (3).

La elaboración del diagnóstico ocupacional como resultante del razonamiento clínico nos permite dar forma a los problemas en el desempeño ocupacional y planificar una intervención adecuada. Esta situación a la hora de diagnosticar nos refuerza de manera clara la gestión de casos, generando evidencia en la intervención y desarrollo de nuestro cuerpo teórico (4).

El uso de estructuras teóricas y nomenclatura clara de terapia ocupacional nos ofrece la posibilidad de clarificar las claves de nuestro trabajo, en este caso el

uso del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, ha sido nuestro referente. No es más que una forma de clasificar el desempeño, pero es la realidad que nos ofrece la estructura de nuestra práctica (3,4,5).

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM – IV- TR. Barcelona; Masson; 2002.
2. Moruno Miralles P. Evaluación Ocupacional. En: Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Coordinadores. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2003. p 203-224
3. 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_rev.0ct08.pdf
4. Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991. 45(11):1045-53.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.