



Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención



Raquel Caja

ILD Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de julio de 2015

Aceptado el 14 de enero de 2016

On-line el 17 de febrero de 2016

Palabras clave:

Trastorno obsesivo compulsivo

Temperamento

Rituales

Comprobaciones

Jerarquía

R E S U M E N

Se describe el caso de un niño de 11 años que presenta un trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Desde bebé era un niño miedoso con características temperamentales de inflexibilidad y persistencia. Los síntomas del cuadro surgen a partir de un episodio familiar negativo y se intensificaron en los últimos dos años. En el momento de la evaluación, el TOC interfería negativamente en la dinámica familiar, personal y social del niño. Se realizó un diagnóstico de sus dificultades por medio de entrevista clínica, instrumentos de observación y pruebas estandarizadas. Se llevó a cabo una intervención basada en el entrenamiento cognitivo-conductual, en el que se incluyó tanto a los padres como a los profesores de su colegio. Se relata la evolución del problema y el seguimiento del caso.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Assessment of and intervention in a child with an obsessive-compulsive disorder

A B S T R A C T

The case of an eleven-year old child with an obsessive compulsive disorder is described. He was coward since he was a baby, with temperamental characteristics of inflexibility and persistence. The symptoms appeared from a negative family event and increased over the last two years. At the moment of evaluation the disorder interfered negatively in the child's family, personal, and social dynamics. A diagnosis of his difficulties was made by means of a clinical interview, observation, and standard tests. An intervention consisting of cognitive behavioral training was carried out, with the participation of parents and teachers. The case's evolution and follow up are described.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Identificación del paciente

Martín (M) es un niño de 11 años, hijo único que vive con su madre (separada de su padre desde que M tenía 2 meses). El nivel sociocultural de la familia es medio y la relación de los padres entre sí es positiva, mostrando un buen nivel de comunicación.

Motivo de consulta

Los padres acuden a consulta preocupados por el aumento de situaciones temidas por su hijo y de conflictos con sus compañeros. En el momento de realizar la evaluación M parecía mostrar un bajo estado de ánimo (relacionado con sus problemas de interacción social) y síntomas de ansiedad (dolores somáticos, problemas para dormir, etc.).

Historia del problema

Hace 2 años M presencié un ataque al corazón que sufrió su abuela materna. Por motivos de organización familiar tuvo que

Correos electrónicos: raquel.caja@uam.es, r.caja@ild.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.003>

1130-5274/© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

permanecer junto con su madre mucho tiempo en el hospital. Su abuela estuvo mucho tiempo ingresada, con complicaciones médicas. Sus padres observan que desde entonces M aumenta las quejas por dolencias físicas (dolores de estómago, cabeza, no poder dormir) y empieza a verbalizar miedos (sobretudo “a que pudiera sufrir situaciones traumáticas tanto él como alguno de los miembros de su familia”). Aunque M ha sido desde pequeño un niño miedoso, es a partir de esa experiencia familiar cuando se intensifica esa tendencia de manera generalizada: temor ante cosas novedosas, a carteles de hospital, preocupaciones injustificadas por su rendimiento académico, etc.

No existen datos importantes en su desarrollo evolutivo, salvo que sus padres lo describen desde bebé como inflexible ante los cambios y con tendencia a reaccionar con sentimientos desmedidos. Actualmente es un niño brillante en el colegio y buena motivación por aprender, aunque sus relaciones con los compañeros son poco satisfactorias ya que se siente rechazado por los otros niños.

Coincidiendo con estos dos últimos años, M empieza a tener conflictos frecuentes con algunos compañeros de clase. Así, refiere que es objeto de burlas y exclusión en trabajos en grupo, situaciones que favorecen que M se anticipe negativamente antes de ir al colegio exteriorizándolo en forma de llanto, sueño alterado y sensaciones emocionales de impotencia y frustración.

Para poder dormir, M necesita seguir ciertos rituales que han aumentando en frecuencia e intensidad a lo largo del último año. En el momento de la evaluación, sus padres identifican varios tipos, como por ejemplo proferir “retahílas” (frases repetidas) varias veces y en el mismo orden, necesitar repasar con ellos los acontecimientos del día y que ellos le aseguren que no ocurrirá nada malo al día siguiente, necesitar conocer con anterioridad planes y actividades familiares, etc.

No existen antecedentes familiares de interés.

Evaluación

La valoración se llevó a cabo con los padres y con el niño. El análisis de los datos de la historia personal y caracterial de M (de bebé fue un niño temperamentamente sensible) permitió establecer características de vulnerabilidad psicológica. Asimismo se evaluó a M, recogiendo datos sobre su percepción del problema, sobre sus respuestas de ansiedad, estilo cognitivo, habilidades sociales, así como su capacidad cognitiva, lenguaje y comunicación, con el fin de establecer el análisis funcional del problema.

Los padres cumplieron una historia clínica con datos sobre su desarrollo evolutivo y la historia del problema, así como cuestionarios específicos de conducta y ansiedad. También se contactó con el colegio para obtener información.

Durante la exploración, M se mostró colaborador aunque tenso e inhibido en la interacción con el terapeuta. Su estilo de afrontamiento ante las pruebas fue reflexivo. A nivel emocional, M es consciente de sus miedos, del nivel de ansiedad que le provocan sus preocupaciones y de sus dificultades para hacer amigos. Además se observaron indicadores fisiológicos de ansiedad (tensión muscular, tics en ojos, etc.), motores (vacilaciones lingüísticas) y cognitivos (valoraciones negativas sobre su actuación).

En la prueba de capacidad intelectual cognitiva (WISC-IV; Wechsler, 2003) M obtuvo un CI total de 115, con un perfil aptitudinal irregular a favor de los aspectos de comprensión verbal (PC 120), razonamiento perceptivo (PC 116) y memoria de trabajo (PC 122) y con unos resultados peores en velocidad de procesamiento (PC 91). En estas últimas tareas su rendimiento podría estar relacionado con su estilo de ejecución (lentitud causada por la meticulosidad).

Con respecto al lenguaje y comunicación, se evaluaron aspectos formales (organización sintáctica, vocabulario) y pragmáticos

con el fin de conocer sus recursos comunicativos, a través de una “muestra de lenguaje espontáneo”. También se valoraron a nivel conductual sus estrategias de interacción (iniciar temas de conversación, dar opiniones, expresar emociones, recibir halagos, etc.). Los resultados mostraron un nivel de vocabulario acorde a su edad, ajuste al interlocutor (manejo adecuado de aspectos de comunicación no verbal), así como adecuada selección de temas y de la información proporcionada. Con respecto a sus habilidades sociales en la Escala de Comportamiento Asertivo para Niños (CABS; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987) se observó que tenía recursos sociales adecuados salvo a la hora de defender sus derechos frente a iguales.

Para valorar la ansiedad, se utilizó la Escala de Ansiedad Infantil (Spence, 1997), que evalúa indicadores físicos, cognitivos y emocionales. En ella puntúa de manera significativa en ciertos ítems, como: “me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela”, “me preocupa que algo malo pueda pasarme” o “tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas”.

En el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992 tanto en el autoinforme como en el informe de sus padres, se apreciaron puntuaciones significativas en las escalas clínicas relacionadas con tendencia a ser sensible (somatización T), tendencia a estar asustado o preocupado (ansiedad T) y con los sentimientos de tristeza y estrés (depresión T). En las dimensiones globales evaluadas se observó tendencia al control excesivo de la conducta (interiorización T).

Por su parte, en el colegio, a través de un cuestionario, le describieron como “un niño brillante pero que tiende a preocuparse excesivamente por su trabajo y por las situaciones que ocurren dentro del colegio y no tolera interrupciones de sus compañeros; es perfeccionista y meticuloso con sus tareas, mostrándose muy crítico consigo mismo y con los demás”.

En el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 1990), que valora su percepción a nivel personal, escolar, social y familiar, M reconoce que tiene tendencia a sentirse decaído y con relaciones poco satisfactorias con los compañeros. Escolarmente se encuentra motivado por aprender. Con respecto al estilo de sus progenitores, les describió a ambos como serviciales y permisivos.

En la evaluación de las características temperamentales con el Inventario de Temperamento y Carácter para Niños (JTIC; Pelaz, Bayón, Fernández y Rodríguez, 2010), M reflejó puntuaciones altas en persistencia y evitación al daño y bajas puntuaciones en búsqueda de novedades y en cooperación.

Registro de conducta

Se entrenó a los padres para que observasen la topografía de las respuestas de ansiedad de su hijo y las consecuencias procedentes de su entorno. Así mismo, debían anotar las situaciones antecedentes que podía haberlo provocado. También a M se le entrenó en el registro de conductas.

Los registros indicaron una gran variabilidad de situaciones que generaban ansiedad en el niño, relacionadas con tareas escolares, situaciones de conflicto con compañeros, cambio de planes o rutinas diarias y, en general, todas aquellas situaciones sobre las que no pudiera tener un control directo. Ante esas situaciones se intensificaban las comprobaciones y conductas repetitivas (proferir “retahílas” o frases repetitivas, repasar todo lo visto en clase antes de hacer deberes, copiar todos los enunciados de los ejercicios de manera pulcra, tener que darse instrucciones en voz alta para tener mayor sensación de control, oír decir a sus padres que todo iba a ir bien pese a los imprevistos”, etc.). Dichas conductas comenzaron a ser más frecuentes, afectando a la dinámica personal y familiar (tardaba horas en hacer los deberes, dedicaba mucho tiempo a repetir conductas, etc.).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/903495>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/903495>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)