

INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN EL DESEMPEÑO

INFLUENCE OF THE CONTEXT ON PERFORMANCE

Palabras Clave: disfunción, contexto, desequilibrio ocupacional, evaluación ocupacional, tiempo libre, AVDI.

Key Words: dysfunction, context, occupational unbalance, occupational evaluation, free time, ADL.

DECS: fisiopatología, ambiente, evaluación, ocupaciones Actividades Recreativas, Actividades Cotidianas.

MESH: physiopathology, Environment, Evaluation, Occupations, Leisure Activities, Activities of Daily Living



Autora

Dña. Mª Jesús Suárez Mato

Terapeuta Ocupacional. Unidad de Agudos de Psiquiatría. Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

Como citar este documento:

Suárez Mato MJ. Influencia del contexto en el desempeño. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de la consulta]; 6(9): [8 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num9/pdfs/caso_1.pdf

Texto Recibido : 21/01/2009

Texto Aceptado: 11/02/2009

Introducción

El contexto desde donde llegan los usuarios son el nexo entre ellos y su problema de salud. Desde la evaluación ocupacional es necesario tener en cuenta su repercusión a la hora de formular nuestro razonamiento clínico y ajustar las hipótesis diagnósticas y de intervención (1).

ANTECEDENTES (de historia clínica)

Mujer de 62 años que ingresa 21/11/08 y su alta se produce el 26/11/08. Ingresó procedente de urgencias por ingesta medicamentosa (100 comprimidos de orfidal) con intención autolítica. Es encontrada por la familia, quien la traslada a urgencias. Como detonante de la situación refiere conflictividad en el entorno familiar y social. En urgencias no realiza crítica del intento, presenta ideación autolítica poco estructurada. Tras revaloración

RESUMEN

Este texto expone el caso de una mujer desde el punto de vista de la disciplina de terapia ocupacional. Pretende reflexionar sobre la afectación de AVDI en relación al rol de cuidador, así como la influencia de la cultura sobre la asimilación de dicho rol. La pregunta que se pretende resolver con el caso aquí expuesto es cómo evaluar una disfunción tan potenciada por el contexto que las destrezas del usuario del servicio de salud mental parece quedar en un segundo plano. Un claro desequilibrio en áreas y un contexto determinadamente inhibitorio de desempeño difumina las alteraciones que conducen a la disfunción, dificultando el diagnóstico. Para ello se recogieron los datos pertinentes y, en base a ellos, se elaboró la evaluación ocupacional que aquí se presenta.

SUMMARY

This text presents the case of a woman from the point of view of Occupational Therapy as a discipline. It wants to reflect on DLIA from the care-giver's perspective, and how culture can influence the assimilation of this role. The question to be answered with the case presented is how to evaluate a dysfunction so enhanced by context that the abilities of the user of mental healthcare services seem to take a second place. A clear unbalance in certain areas and a context that determinately inhibits performance blurs the alterations that lead to the dysfunction, making diagnosis difficult. With this objective, the relevant data was collected and, based upon it, the occupational evaluation presented here was devised.

verbaliza intención de repetir el intento, por lo que se decide el ingreso, que acepta voluntariamente.

Presenta clínica depresiva de larga evolución, por la cual no realiza seguimiento psiquiátrico aunque sí toma tratamiento psicofarmacológico. Refiere sintomatología depresiva de 3 años de evolución en relación a la muerte de varias personas cercanas. Antecedentes personales: hipercolesterolemia, escoliosis, dislipemia en tratamiento farmacológico.

IQ: reducción mamaria, abdominoplastia.

OD: Trastorno adaptativo crónico con estado de ánimo depresivo.

CONTEXTOS (2) (de historia clínica, datos directos)

Mujer de 62 años natural de Cerdanyola, residente en Sabadell. Es la menor de dos hermanos. Su padre falleció hace 55 años, cuando ella tenía 7 años de edad.

Su madre y su hermano murieron hace 3 años aproximadamente, lo que coincide con el inicio de la clínica depresiva.

Casada y separada hace 9 años, tiene dos hijos (una mujer y un hombre) fruto de dicha relación. El mayor está casado y tiene un hijo. Tras la separación, convive durante un periodo de tiempo con su hija menor, situación a la que pone fin para retomar la convivencia con su exmarido, con quien mantiene desde entonces una relación de amistad. Ejerce rol de cuidadora de él pues este padece una neoplasia que limita su autonomía. Con una frecuencia

semanal pernocta en casa de un amigo, hecho que identifica como tiempo de ocio y factor protector de salud al suponerle un respiro a su rol de cuidador.

Tras una discusión en su domicilio habitual, lo abandona y se instala con este amigo. Tienen días después un conflicto y es en este contexto en el que realiza intento autolítico en un estudio de su propiedad. Cobra una prestación social de unos 400 euros al mes.

ÁREAS (2, 3) (de historia clínica, datos directos)

AVDB: Refiere buena frecuencia de realización.

AVDI(4): Realiza cuidado de otros (exmarido, amigo) con marcado rol de cuidador que inhibe el desempeño en otras áreas y que ella elige de manera voluntaria y no pretende abandonar en relación a las mismas creencias(5). Problemas para el cuidado de la salud y manutención al realizar sobreingesta medicamentosa con intención autolítica y al no buscar alternativas al desequilibrio presente y que refiere detecta. Sueño conservado. Duerme unas ocho horas diarias.

EDUCACIÓN: Estudios primarios. A los 40 años realiza formación de auxiliar de enfermería, rol en que se siente competente.

TRABAJO: Ha trabajado como telefonista, recepcionista y dependienta. Tuvo un negocio propio de ropa de señora. En el paro desde los 52 años, se dedica activamente a la pintura. Tiene su propio estudio.

TIEMPO LIBRE: Identifica como intereses la pintura (impresionismo, expresionismo, cubismo), la poesía –participa en recitales y compone-, el cine, la música clásica, el jazz y el teatro clásico. En los últimos meses su participación en ocupaciones de ocio se ha visto disminuida de forma importante, de manera voluntaria, para poder incrementar la frecuencia de cuidado de otros.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: Refiere buen nivel de participación. En la última época se ve reducida su participación en la comunidad y con amigos en

general, al verse aumentado el contacto con exmarido y un amigo íntimo, con conflictos en los últimos días. Con la familia, el contacto se conserva.

EQUILIBRIO OCUPACIONAL (6): Desequilibrio entre AVDI (cuidado de otros), aumentado, y el área de tiempo libre, claramente disminuida. Identifica dicho desequilibrio como problema en el desempeño ocupacional y motivo de sobrecarga.

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL (2, 3)

Disfunción en AVDI (cuidado de la salud y manutención) por alteración de la frecuencia por alteración de habilidades de procesamiento (observar/responder) y destrezas de comunicación e interacción (afirmaciones, relacionarse con, respeto), alteración de características del cliente –funciones mentales globales (energía e iniciativa) y específicas (funciones emocionales).

Limitación en AVDI (cuidado de otros) por alteración de la frecuencia por asimilación de rol de cuidador potenciado por contexto cultural, social, familiar, personal y espiritual.

Limitación en Tiempo Libre por alteración de la frecuencia potenciado por contexto cultural, social, familiar, personal y espiritual.

Desequilibrio entre AVDI y tiempo libre por alteración de la frecuencia y alteración de funciones mentales globales (energía e iniciativa) y específicas (funciones emocionales) potenciado por contexto cultural y familiar con marcado rol de cuidador.

OBJETIVOS-ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

- Promover AVDI (cuidado de la salud y manutención)- identificar ocupaciones saludables.
- Promover AVDI (cuidado de otros) – modular la frecuencia para que resulte adaptativa.

- Promover la realización de actividades de tiempo libre. – planificación para el ocio- adaptar la frecuencia
- Promover equilibrio ocupacional- rutina saludable favorecedora de desempeño- incidencia en tiempo libre.

EVOLUCIÓN (de historia clínica, observación, datos directos)

El día del ingreso es invitada a participar en el programa de terapia ocupacional de la unidad y se niega, llorosa y expresando rechazo. Se hace entrega de autocuestionario ocupacional, que completa ese mismo día.

Al día siguiente se repite la invitación y explica su deseo de no ofender el día anterior. Acude a las actividades y se muestra participativa al mismo tiempo que hace observaciones constructivas hacia las actividades. El segundo día de ingreso hace crítica explícita del gesto, admitiendo cierto grado de finalismo y realizando planes de futuro adecuados. Se realiza entrevista ocupacional (7).

Propone la realización de alguna actividad de índole artística. Asume rol de líder y participa de manera activa, dando consejos respecto a la actividad que se lleva a cabo, establece relación de colaboración con otros usuarios y busca el contacto con otros manteniendo las distancias.

Durante la franja horaria en que no se realiza intervención de terapia ocupacional, alterna la lectura con la escritura y el contacto con los compañeros con las visitas.

Respeto los horarios y las normas de la unidad y sigue las consignas proponiendo modificaciones. Muestra gran capacidad de liderazgo, rol que asume en el grupo.

Durante el ingreso mantiene frecuencia adecuada de realización de AVDB. No abandona rol de cuidador, adaptándose al contexto hospitalario ofreciéndose

como guía en el desempeño de la persona cuidada, dando indicaciones sobre cómo gestionar su tiempo. A lo largo del breve ingreso mejora en cuanto a participación social y realiza numerosas actividades de tiempo libre expresando experimentar disfrute. De cara al alta, se plantea como objetivo prioritario aumentar la frecuencia de realización de actividades de tiempo libre para conseguir el equilibrio ocupacional que identifica como facilitador de un desempeño pleno.

CONCLUSIONES

La metodología utilizada para la recogida de datos y procesamiento de la misma se realiza bajo el "Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: competencia y proceso".

La información recogida procede de fuentes indirectas (Historia clínica) y fuentes directas (autocuestionario ocupacional, entrevista semiestructurada con usuaria, observación durante la ejecución de las actividades).

La mayor dificultad de este caso se encuentra en el diagnóstico ocupacional. La rutina que seguía la usuaria previa al ingreso muestra problemas claros en tiempo libre y AVDI (cuidado de otros), provocando un importante desequilibrio. La usuaria identifica los problemas en el desempeño ocupacional y los factores estimuladores e inhibidores del mismo.

Tiene un marcado rol de cuidador cuya exigencia (8) altera la frecuencia en estas dos áreas (AVDI y Tiempo Libre), que viene reforzado por sus convicciones y potenciado por el contexto cultural, social, familiar, personal y espiritual, que determina este rol y su consecución. Pero estos datos nacen más de los contextos que de las destrezas o características del cliente, es por ello que se le confiere el carácter de limitación y no de disfunción.

Finalmente el diagnóstico en tiempo libre queda del modo que consta en el apartado de diagnóstico ocupacional por ser una elección, una estrategia para compensar y satisfacer la exigencia de un rol.

De estas afirmaciones se extrae que la problemática se enfoque más hacia el desequilibrio, pues es éste el que inhibe el desempeño, y la alteración del tiempo libre y AVDI (cuidado de otros) supone un problema en la medida en la que provoca el desequilibrio.

Bibliografía

1. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA: El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [10/01/2009]; Vol 5 (1): [8 p.]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num7/pdfs/casos0.pdf>
2. 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
3. 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
4. Sánchez Rodríguez O, Romero Ayuso D. Actividades instrumentales: productivas y manejo del hogar. En: Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Coordinadores. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2003. p 359-392
5. Kielhofner G. Habituaación. Patrones de la ocupación diaria. En: Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. 3ª Ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2004. p 76-98
6. Pellegrini M. Instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del País Vasco. En: Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del País Vasco. Vitoria; 2004.
7. Romero Ayuso D, Sánchez Garrido I. Habilidades clínicas generales: relación terapéutica, comunicación, orientación y consejo. En Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Coordinadores. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2003. p 265-285
8. Barret L, Kielhofner G. Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento ocupacional. En: Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ª Ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2005. p 209-212