

USUARIO CON PROBLEMAS EN EL ÁREA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS

USERS WITH PROBLEMS IN THE AREA OF BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING

Autora

Dña. Lorena Vilaboy Filgueiras (1)

(1)Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol.

Texto Recibido: 25 de Diciembre 2007

Texto Aceptado: 12 de Enero 2008

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Vilaboy Filgueiras, L. Usuario con problemas en el área de Actividades de la Vida Diaria Básicas. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-fecha de la consulta-]; volumen 5 (num1): [9 p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num7/pdfs>

RESUMEN

Presento un caso clínico de una usuaria ingresada en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría con valoración para posible derivación a Hospital de Día.

Las hipótesis de Diagnóstico Ocupacional obtenidas mediante datos indirectos al ingreso no coinciden con el Diagnóstico Ocupacional después de ser contrastados con fuentes directas.

DeCS: Terapia Ocupacional, Razonamiento diagnóstico Ocupacional, Razonamiento Diagnóstico.

Palabras clave del autor: Terapia Ocupacional, Diagnóstico Ocupacional, Razonamiento diagnóstico.

SUMMARY

The purpose of this article is to present a clinical case of a patient signed in Brief hospitalisation psychiatry unity. According to the valuation of this patient, she probably will be leaded to Dairy Psychiatry Hospital. The hypothesis of occupational diagnosis got by indirect data doesn't agree with occupational diagnosis after being contrasted by direct sources.

Mesh: Occupational Therapy, Occupational Diagnosis reasoning, Diagnosis reasoning.

Key Words Of Author: Occupational Therapy, Occupational Diagnosis reasoning, Diagnosis reasoning.

1. Introducción

El razonamiento clínico es la médula de la práctica clínica (1). Además, en él confluyen el saber que la Terapia Ocupacional detenta y aplica en un momento dado, el saber hacer que configura la actividad profesional, la capacidad de observación y reflexión del Terapeuta Ocupacional, su juicio integrativo y/o los problemas que conducen al usuario (individual o colectivo) a recurrir a un experto. Es decir, convergen todos y cada uno de los aspectos constitutivos de la práctica clínica.

Los términos: razonamiento clínico; toma de decisiones clínicas; solución de problemas clínicos y razonamiento diagnóstico, son generalmente considerados como sinónimos y se usan de manera intercambiable. Es importante señalar que estos términos se refieren a la misma idea, el concepto descrito por Barrows (2) como "el proceso cognitivo necesario para evaluar y manejar el problema ocupacional de un usuario".

2. Metodología

Se revisa la historia clínica del usuario. Estos datos (indirectos) son contrastados con fuentes directas (entrevista, observación, actividad diagnóstico ocupacional).

Se procesa la información usando el Marco de Trabajo para Terapeutas Ocupacionales de la AOTA 2002 (3) y se instrumentaliza el resultado de la Evaluación Ocupacional con la guía de Diagnóstico Ocupacional de Rogers & Holm (1991).

3. Resultados

Mujer de 20 años. Acude a la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) procedente del servicio de urgencias. En su informe aparecen referencias de tipo paranoide de daño y persecución. Con delirio megalomaniaco. Síntoma de

perplejidad. Abandono del tratamiento y agudización del cuadro. Importante agitación y excitación en los días previos al ingreso. Dificultad en el manejo conductual. Se decide ingreso involuntario en psiquiatría con diagnóstico médico de ingreso: Esquizofrenia Paranoide. Vive en domicilio familiar con madre, dos hermanos menores y abuelos. Dificultad en la convivencia y problemática familiar con hermanos principalmente.

En los datos tomados del Autocuestionario Ocupacional manifiesta no tener dificultad en realizar las Actividades de la Vida Diaria. Aseada y con un aspecto adecuado, el contenido de su discurso es pobre. Repite frecuentemente los mismos temas. Durante sus primeros días de estancia en la UHB no establece contactos con sus compañeros, suele permanecer aislada. Responde adecuadamente cuando se le pregunta. Participa en las actividades de la Unidad sin iniciativa y no mostrando interés ni satisfacción respecto a lo que hace. Deterioro prolongado de los vínculos sociales y familiares, abandono de estudios.

Los primeros datos obtenidos con métodos indirectos (Autocuestionario Ocupacional realizado al ingreso) nos indican las primeras hipótesis:

Presenta alteraciones en Actividades de la Vida Diaria Instrumentales:

- Cuidado de la salud como consecuencia de aparición de características de cliente alteradas y de destrezas de ejecución (habilidades de procesamiento) disminuidas.
- Cuidado del hogar y otros como consecuencia de la disminución de patrones de desempeño ocupacional (modelos de ejecución).

Posteriormente se solicita valoración funcional por parte del dispositivo de Hospital de Día para posible derivación. Los datos indirectos tomados en primer momento son contrastados con fuentes directas (entrevista, observación, actividad screening ocupacional¹); obteniendo las segundas hipótesis:

Hasta el ingreso permanece en casa, perdiendo hábitos de autocuidado.

- Presenta alteraciones en las Actividades de la Vida Diaria (baño, ducha; alimentación; higiene personal y aseo) debido a estar

¹ Se entiende por actividad de screening ocupacional, el conjunto de actividad ó actividades que de forma específica nos ofrece una visión de las capacidades y destrezas del usuario en el momento del ingreso. Pertenece a la fase de screening. Tiene que ser una prueba ágil, rápida y concisa en cuanto a consigna.

alteradas las habilidades de procesamiento (conocimiento, organización temporal, secuencias, organizar, colocar en su sitio y adaptación).

- Además no reconoce sus dificultades actuales y cómo afectan a la realización de sus actividades, presentando alteraciones en el desempeño de actividades sencillas asociadas a la realización de actividades educativas o laborales; como consecuencia de los déficit en las habilidades de procesamiento, en particular en las habilidades para mantener la concentración, así como para iniciar y mantener una actividad sin interrupciones innecesarias y alteración de las funciones psicológicas que dificultan el desarrollo de habilidades de procesamiento que están implicadas en la realización de actividades educativas o para el desempeño de un trabajo.

Sin ocupación en el momento del ingreso, sus planes laborales futuros parecen muy alejados de sus posibilidades actuales, fantasea con irse a Madrid para realizar estudios universitarios y ser actriz.

Idealiza todo lo referente al mundo artístico, y, sobre todo, a las figuras de determinados presentadores de televisión. No posee, a excepción de vínculos familiares, red de apoyo social: no tiene grupo de amigos ni se le conoce pareja. La mayoría del tiempo lo ocupa mirando revistas de belleza y fantaseando con centros comerciales e Internet. Respecto a las áreas de participación social y ocio, presenta alteración en el desempeño de actividades realizadas en la comunidad debido a la falta de destrezas de comunicación/interacción (no inicia interacción social de forma espontánea). Sus actividades de ocio son únicamente en compañía de su familia.

PREGUNTA

Ante esta situación:

¿Qué Diagnóstico Ocupacional en AVDB podríamos establecer siguiendo el modelo de diagnóstico propuesto por Rogers & Holm (1991)? (4).

RESPUESTA

Por todo esto el Diagnóstico Ocupacional que se establece es:

Alteraciones en AVDB (baño, ducha; alimentación e higiene personal y aseo) debido a alteraciones en las destrezas de desempeño (atender, conocimiento, inicios, continuaciones, finalizaciones, ajustes), que se ve acrecentado por un entorno familiar y cultural no favorecedor, a una alteración en las características del cliente en las funciones mentales: globales (motivación, intereses, valores) y específicas (atención, razonamiento y funciones cognitivas superiores), así como la aparición de patrones de desempeño inadecuados, debido a estar alterados los hábitos útiles que afectan a las rutinas en las AVDB.

Justificación de la Respuesta

Diagnóstico Ocupacional es el proceso que permite describir y clasificar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo (5). Este término en Terapia Ocupacional se ha usado para hacer referencia al procedimiento de evaluación como a su resultado. (Vid.: Rogers, 1982; 1983; 1984; Rogers y Holm, 1991; 1997). El razonamiento diagnóstico en Terapia Ocupacional permite el establecimiento de relaciones entre las alteraciones del desempeño ocupacional de las actividades en las distintas áreas ocupacionales y las condiciones hipotéticas subyacentes a tales alteraciones (Rogers y Holm (1991). Este diagnóstico presenta 4 partes de las cuales las dos primeras ofrecen una visión de conjunto de la dificultad subyacente en el usuario. Esta estructura propuesta por Rogers & Holm, consta de un Componente descriptivo y un Componente explicativo que serán los pilares en la definición de este diagnóstico ocupacional.

4.- CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN

El objetivo final de nuestra intervención es lograr que el funcionamiento del sujeto tratado en la realización de sus actividades cotidianas sea el más óptimo; dependiendo de las condiciones como consecuencia de la enfermedad y/o discapacidad. Concebimos el Diagnóstico Ocupacional como el resultado del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional, que permite describir y ordenar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo, formulando un conjunto de hipótesis tentativas respecto a los factores potencialmente relacionados con tales dificultades, de manera que, a partir de ellas, pueda planificarse una intervención orientada a solucionarlas.

Si quieres colaborar en esta sección con tus Casos Clínicos tienes que enviar los documentos a revista_tog@yahoo.es **especificando que el documento será enviado a la sección de casos clínicos**. Las normas de publicación serán las mismas que se siguen para el resto de los artículos de TOG (se pueden consultar en <http://www.revistatog.com/normas.htm>) y en el documento: 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 [-fecha de la consulta-]; volumen 6 (num7): [8 p.].

Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num7/pdfs>

5. BIBLIOGRAFÍA

(1) Viesca Treviño, C.; Ponce de León, M.E.; Sánchez Mendiola, M.: Razonamiento clínico. En Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Agosto 2006. En Internet (consultado 15 de Enero 2008) en http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/ago_02_ponencia.htm

(2) Barrows, H.S., Tamblyn, R.M., Problem Based Learning: an Approach to Medical Education, New York: Springer, 1980.

(3) AOTA. Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso. Traducción

por el grupo de trabajo de Terapia Ocupacional para el desarrollo de la Terapia Ocupacional. En internet, www.terapia-ocupacional.com

Consultado el día 30 de Diciembre

(4) Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991 Nov;45(11):1045-53.

(5) Romero Ayuso D, Moruno Miralles P: Evaluación Ocupacional. En Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Ed. Masson 2003. Cap 15.