

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL: CASO CLÍNICO DE LIMITACIÓN EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA.

OCCUPATIONAL THERAPY IN PSYCHOSOCIAL AND VOCATIONAL REHABILITATION CENTER: CLINIC CASE OF LIMITATION IN SOCIAL PARTICIPATION OF A PERSON WITH SCHIZOPHRENIA HEBEPHRENIC.

Palabras clave: participación social, centro de rehabilitación psicosocial y laboral, esquizofrenia desorganizada, terapia ocupacional.

Key words: social participation, psychosocial and vocational rehabilitation center, disorganized schizophrenia, occupational therapy.

DECS: participación social, centros de rehabilitación, Esquizofrenia Hebefrénica, terapia ocupacional.

MESH: Social Participation, Rehabilitation Centers, Schizophrenia, Disorganized, occupational therapy



Autoras

Dña. Paula Díaz Romero.

Terapeuta Ocupacional en el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral y Centro Ocupacional AFAES Porta Nova. Colaboradora de la Universidad de la Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud en Prácticas de Grado de Terapia Ocupacional.

pauladiazromero@yahoo.es

Dña. M^a Sara Pérez Seijas.

Terapeuta Ocupacional en el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral Centro Ocupacional AFAES Porta Nova. Colaboradora de la Universidad de la Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud en Prácticas de Grado de Terapia Ocupacional.

sarapese@hotmail.com

Como citar este documento:

Díaz Romero P, Pérez Seijas MS. Terapia ocupacional en un centro de rehabilitación psicosocial y laboral: caso clínico de limitación en la participación social de una persona con esquizofrenia hebefrénica. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [fecha de la consulta]; 9(15): [10 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/caso2.pdf>

Introducción

Mediante la presentación de este artículo se pretende exponer un caso clínico de una usuaria de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL) con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica o también denominada desorganizada.

Los centros de rehabilitación psicosocial y laboral se definen como aquellos dispositivos cuya función principal es ofrecer programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración, actividades de apoyo y ayuda social, para ayudar a las personas con enfermedad mental a recuperar el grado máximo de autonomía personal y social, y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. También ofrecen programas de rehabilitación laboral con el fin de ayudar a aquellos que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo

RESUMEN

Con este artículo se pretende mostrar la aplicación del Marco de Trabajo para la práctica de la AOTA (1) a través de la presentación del caso clínico de una persona con esquizofrenia hebefrénica con limitación en el área de participación social.

SUMMARY

This article aims to show the application of the "Framework for the practice of occupational therapy: domain and processes" (1) through the presentation of the case of a person with schizophrenia hebephrenic with limitation in the social participation occupational area.

Texto Recibido :20/01/2012

Texto Aceptado: 17/02/2012

laboral, y para apoyar su integración y mantenimiento del mismo(2).

La esquizofrenia supone fundamentalmente, un trastorno básico de la estructura y fisiología cerebrales, que repercute tanto en los procesos emocionales y cognitivos de la persona como en su interacción social. Aproximadamente 20 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia, siendo su prevalencia del 1%, según la OMS.

La edad de inicio suele ser la adolescencia o primera juventud, afectando aproximadamente por igual a ambos sexos. El comienzo del trastorno puede manifestarse de forma lenta, insidiosa, con predominio de síntomas negativos (apatía, anhedonia, aplanamiento afectivo), o de forma brusca y aguda, con predominio de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento (2)

La CIE 10 describe la esquizofrenia hebefrénica como una forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente un comportamiento irresponsable e imprevisible y de manierismos (3).

La afectividad es superficial e inadecuada, el pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario. Por lo general el pronóstico es malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia. Se diagnostica sólo en adolescentes y adultos jóvenes (3)

METODOLOGÍA

La recogida de datos se realiza mediante el aporte teórico de Evaluación Ocupacional Inicial propuesta por Moruno y Talavera (4), ajustándose a la estructura propuesta por Labrador, Talavera y Bartolomé (5). Además se utiliza el Marco de la AOTA (1) y la CIF (6) para redactar el diagnóstico ocupacional (7,8). En cuanto a la intervención se gestiona siguiendo las recomendaciones de Moruno y Talavera (9) y del Marco de la AOTA (1).

RESULTADOS

EVALUACIÓN OCUPACIONAL INICIAL

Datos complementarios¹

Mujer nacida en 1953 que lleva en contacto con los servicios de salud mental desde los 17 años. Sólo presentó un ingreso hospitalario cuando tenía 25 años. Soltera. Vive en el entorno rural con su madre a la que está muy unida y de la cual es muy dependiente. Realizó estudios primarios y tres años de secretariado. Tiene un certificado de minusvalía del 65% con carácter definitivo y percibe una pensión no contributiva. Es derivada al CRPL en 2007 con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica.

CONTEXTOS Y ENTORNOS

Entorno físico: vive con su madre en una casa de campo propiedad de ésta en el medio rural. Por el lugar de la vivienda no pasa ningún medio de transporte público. En los alrededores de la casa no hay aceras, se trata de una carretera con arcén.

Entorno social: buen apoyo familiar. Convive con su madre, a la cual está muy unida. Refiere no separarse nunca de su madre para nada, y muestra miedos y dudas cuando hablamos de acudir al centro porque no se siente capaz de separarse unas horas de ella. Las relaciones sociales que tiene la usuaria se

¹ Obtenidos de fuentes indirectas: informes de otros profesionales

limitan a la familia (tíos y primos), y vecinas y amigas de la madre; aunque comenta que antes de aparecer su enfermedad tenía un grupo de amigas.

Contexto cultural: la usuaria es española y vivió siempre en Narón. Se considera católica, acostumbra a ir a misa los domingos. Tiene creencias muy conservadoras y presenta dificultades para relacionarse con el sexo opuesto en cualquier situación rutinaria.

Contexto personal: mujer de 54 años, de nivel socioeconómico bajo, con estudios primarios y tres años de secretariado.

Contexto temporal: actualmente la usuaria dice no sentirse preparada para realizar ninguna actividad sin su madre y considera que es muy difícil la asistencia al centro por este motivo.

Contexto virtual: no utiliza ninguna tecnología.

ÁREAS DE DESEMPEÑO

A través de la entrevista inicial se obtienen los siguientes datos:

Actividades de la vida diaria (AVD)

La usuaria se viste sola y de sus comentarios se intuye que se trata de una mujer presumida en cuanto a selección de ropa y arreglo del cabello. En ocasiones necesita supervisión y pequeños apoyos (abrochar sujetador, poner calcetines, entre otras). Acostumbra a ir a la peluquería cuando lo considera necesario para el cuidado del cabello, manicura y depilación. Su madre la ayuda para ducharse, ya que ella refiere miedo a caer durante esta actividad y se siente más segura acompañada. Es independiente en autoalimentación y tiene control de esfínteres.

Descanso y sueño

Al hablar sobre este tema comenta que no descansa bien por las noches y dice que debido también a sus miedos se despierta sobresaltada durante la noche y esto le dificulta volver a dormir. Además se levanta a menudo tarde y tras múltiples insistencias de su madre. Durante el día toma siestas demasiado largas que pueden alterar el ritmo del sueño.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

La encargada de la mayor parte de las tareas del hogar es su madre. La usuaria solo presta ayuda en ocasiones y en algunas tareas sencillas y que no impliquen mucho esfuerzo físico (barrer, limpiar polvo, entre otras). También es capaz de realizar alguna tarea de apoyo a su madre en la preparación de comidas (cortar, pelar, entre otras). Carece de las habilidades necesarias para preparar una lista de la compra, ya que no es una actividad de la cual ella se encargue en la actualidad. Además, cualquier compra siempre la realiza acompañada debido a su miedo a salir sola de casa. Sólo maneja pequeñas cantidades de dinero y presenta algunas dificultades para entender la moneda vigente. Si hace una compra sola o tiene dinero en su poder, tiende a comprar artículos innecesarios de todo tipo.

Su madre le entrega la medicación que le corresponde en cada momento del día. No suele utilizar transporte público debido a la situación geográfica de su hogar. Cuando tiene que realizar alguna gestión lo hace siempre acompañada de su madre y generalmente en taxi. La madre de la usuaria considera que la rutina diaria de su hija no es saludable, considera que tiene una forma de vida muy sedentaria y es consciente de que necesita moverse más y comer menos y más sano, pero considera que "son cosas difíciles de conseguir". Acostumbra a ir a menudo a misa los domingos. La usuaria organiza y supervisa la actividad diaria de su cuidadora habitual (su madre)

Educación

Tiene estudios primarios y tres años de secretariado pero el inicio temprano de su enfermedad le impidió continuar con sus estudios y comenzar a trabajar.

Trabajo:

Carece de vida laboral.

Participación social:

Sus relaciones sociales se limitan a familiares y amigas de su madre, tratándose generalmente de personas de edad avanzada, aunque comenta que antes de padecer la enfermedad tenía un grupo de amigas con las que solía quedar.

Ocio y tiempo libre:

La única actividad de tiempo libre que realiza son paseos con su madre por las cercanías de su casa. El resto del tiempo lo ocupa en estar en casa sentada en el sofá o acostada en cama (no ve la televisión y tampoco le gusta leer). En ocasiones extraordinarias participa en alguna actividad organizada por la comunidad (fiestas, comidas, entre otras) La única actividad significativa para ella es el ganchillo. De hecho comenta que sería la única actividad que se siente capaz de hacer en el centro.

OTROS DATOS DE INTERÉS

La usuaria presenta vértigo diagnosticado por su médico de atención primaria y movilidad reducida en miembro inferior izquierdo derivada de una poliomielitis que padeció cuando tenía un año de edad. Tiene la idea delirante de que cuando no está con su madre, ésta sufre abusos de los vecinos y hombres de la zona, lo cual acrecienta la dificultad de separarse de ella para venir al centro o hacer actividad separada de ella.

PREGUNTA PARA EL LECTOR:

Ante estos datos:

- 1. ¿Cuál es el diagnóstico ocupacional en el área de Participación Social teniendo en cuenta la estructura de Rogers & Holm (7), la Clasificación Internacional de la funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) (6) y el Marco de Trabajo para la Práctica: Dominio y Procesos de la AOTA (1)?**
- 2. Basándote en el Marco de Trabajo para la Práctica, ¿cuál sería el plan la intervención, detallando de forma esquemática el tipo de intervención y el enfoque de la misma?**

Respuesta

¿Cuál es el diagnóstico ocupacional en el área de Participación Social teniendo en cuenta la estructura de Rogers & Holm (7), la Clasificación Internacional de la Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (6) y el Marco de Trabajo para la Práctica: Dominio y Procesos de la AOTA (1)?

Limitación en el desempeño de las actividades del área de ocupación de la participación social:

1. **Limitación a nivel de participación en la familia:** como consecuencia de una deficiencia las características del cliente, en funciones mentales específicas: emocionales (b152) y de rango emocional (b1552). Como consecuencia de un perdida en las destrezas de regulación emocional (carencia de habilidades para enfrentarse sola a determinadas situaciones y actividades, autoestima), y una perdida en las destrezas cognitivas (dificultades en resolución de problemas, atención); favorecido por su contexto familiar y cultural ya que la usuaria presenta un patrón de desempeño disfuncional por rol inadecuado en la unidad familiar: madre sobreprotectora e hija que asume rol de persona enferma).
2. **Limitación a nivel de la participación en la Comunidad y con compañeros, amigos:** debido a deficiencia en las características del cliente en las funciones mentales específicas: funciones de pensamiento: pensamiento lógico, coherente (b1601) y contenido adecuado del pensamiento (b1602). Como consecuencia de una alteración en las destrezas motoras (movilidad reducida) y un entorno físico no facilitador. También a una perdida en las destrezas sociales y de comunicación (intercambio de información, pues a menudo no respeta turnos). Existe un perdida en destrezas emocionales (temor a relacionarse socialmente con hombres) apoyadas por las características del contexto familiar (relación madre-hija) y cultural. El inicio temprano de la enfermedad

desencadena una ruptura social con su grupo de iguales y, consecuentemente, la pérdida de rol de amiga, que no ha recuperado y que se ve favorecida por el contexto familiar y el entorno físico.

Respuesta

Basándote en el Marco de Trabajo para la Práctica, ¿cuál sería el plan la intervención, detallando de forma esquemática el tipo de intervención y el enfoque de la misma?

Enfoque de la intervención en el área de ocupación de la participación social

- Promover la adquisición de destrezas sociales y de comunicación.
- Modificar características del cliente.
- Modificar los patrones de ejecución en el entorno familiar

Tipo de intervención

A. La intervención se realizará a través del uso terapéutico de las ocupaciones y actividades:

1. Intervención basada en la ocupación.
2. Actividad con propósito.

B. Asesoría a la madre: entrevistas individuales.

CONCLUSIONES

Para concluir, queremos destacar la importancia que cobra la evaluación ocupacional no sólo al inicio como proceso global de recogida y análisis de información, y facilitador de toma de decisiones, sino a lo largo de todo el proceso terapéutico (4,8,9); esto es debido a su carácter dinámico. De este modo, la intervención se ajustará más a las necesidades del usuario.

Consideramos de gran relevancia la utilización del Marco de trabajo para la práctica de la AOTA (1) puesto que aporta una terminología propia y contribuye a guiar la intervención; y sobre todo da solidez a nuestra disciplina.

A través del compromiso con la ocupación, nuestro objetivo final como terapeutas ocupacionales, es que la usuaria alcance un mayor grado de autonomía, una estructuración de su vida cotidiana y un funcionamiento saludable en su entorno; experimentando una mayor calidad de vida.

Agradecimientos.

A Miguel Ángel Talavera Valverde por su implicación, paciencia, apoyo y colaboración en nuestra primera publicación.

Bibliografía

1. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [-01/01/2012-]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and Process (2nd ed.).
2. Otero V. Rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Barcelona: Ars Medica; 2004.
3. Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: Meditor; 1996.
4. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 89-112.
5. Labrador Toribio C, Talavera Valverde MA, Bartolomé Domínguez MJ. Registro y documentación de terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 133-164.
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: OMS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
7. Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991;45(11):1045-53.
8. Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P. Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 317-332.
9. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Planificación, estrategias y niveles y tipos de intervención. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 113-132.