

UNA EVALUACIÓN OCUPACIONAL: MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL: DOMINIO Y PROCESO

AN OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION: OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: DOMAIN AND PROCESS

Palabras Clave: evaluación, ocupacional, teoría, práctica, encuadre (psicología), estudio de casos, Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional.

Key Words: evaluation, occupational, theory, practice, set, Case Studies, Occupational Therapy practice Framework: Domain and process

DECS: evaluación, ocupacional, teoría, práctica, encuadre (psicología), estudio de casos.

MESH: evaluation, occupational, theory, practice, set, Case Studies.



Autora

D. Lucia Ares Senra

Terapeuta Ocupacional.

Email de contacto: aresenra@hotmail.com

Como citar este documento:

Ares Senra L. Una evaluación Ocupacional: Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional de la asociación americana de terapia ocupacional: dominio y proceso. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [fecha de la consulta]; 9(15): [16 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/caso3.pdf>

Texto Recibido :20/01/2012

Texto Aceptado: 25/02/2012

¹ "El término que se use para denominar al cliente, variará en función del contexto. Por ejemplo en un hospital, se le podría denominar paciente, considerando que en una escuela, se le podría llamar estudiante". (marco reb. 2008). Debido a que se trata la intervención de una persona en el medio hospitalario, la nomenclatura elegida será emplear el término "paciente". Término paciente. En Moruno p.208 (paciente que deriva de la raíz latina pati, padecimiento o sufrimiento)

Introducción

La práctica de la terapia ocupacional contemporánea está guiada por tres principios: la práctica centrada en la persona, la práctica centrada en la ocupación y la práctica centrada en la evidencia (1)

El proceso de terapia ocupacional es complejo, implica interacción cooperativa entre el profesional y el paciente¹ inmersos en un contexto de intervención determinado. Los terapeutas ocupacionales, entre otras competencias, están formados para evaluar los aspectos del dominio de la terapia ocupacional y sus relaciones transaccionales. Están educados acerca de los aspectos del dominio de la terapia ocupacional y de cómo aplicar este conocimiento en el proceso de intervención en su labor para apoyar la salud y la participación de sus clientes.

RESUMEN

El uso de la estructura teórica fundamentada en el Marco de la AOTA, explicándose a través de un caso clínico, contextualizado en una unidad de Rehabilitación hospitalaria. La idea de la utilización eficiente y funcional del Marco de la AOTA en la Evaluación ocupacional para que la recogida y registro de datos sea eficiente.

SUMMARY

Using the theoretical framework based on the framework of the AOTA, explaining through a clinical case, contextualized in a hospital rehabilitation unit. The idea of the efficient and functional frame on the AOTA Occupational Assessment for the collection and recording of data is efficient.

La terapia ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar

Para llegar a cumplir los estándares propuestos, es necesario obtener información relevante y necesaria para saber como es la ocupación de la persona con la que trabajamos, su

desempeño ó su sensación de competencia, entre otras. Para ello es necesario hablar de la recogida de datos mediante la Evaluación Ocupacional Se podría por tanto concretar que la evaluación ocupacional es clave en el proceso de terapia ocupacional porque establece la dirección de la intervención.

Definición

La evaluación ocupacional se entiende como la adquisición exhaustiva y sistemática de información a través de la cual se interpreta la naturaleza y condición de la faceta ocupacional del sujeto evaluado (2)

Características de la Evaluación Ocupacional.

Singular, se revisan los elementos que constituyen el estatus ocupacional, el *objeto*; lo que hace y las habilidades necesarias para hacerlo, la *forma*, notas características de ese quehacer y el *sentido* último del hacer para el individuo. En esta definición se observan características extrínsecas al individuo determinan propiedades del hacer independientemente del individuo, que son el objeto y la forma y características intrínsecas al sujeto, propias de cada uno y no de la propia ocupación, introduciendo a una ocupación la singularidad de cada sujeto

Sistemática y circular, se sugiere realizar la evaluación siguiendo una serie determinada de pasos. Una evaluación inicial, revisiones periódicas y valoración de los resultados. Se concibe así pues como un proceso cíclico a lo largo del proceso de intervención. Siempre que sea posible el sentido de la evaluación

será *arriba-abajo*, explorando en primer lugar las actividades significativas para el sujeto (y la vivencia subjetiva de las dificultades que experimenta), para luego ocuparse de las capacidades que sustentan su realización (las relacionadas con la dificultad de ejecución)

Apoyándose en estas características e implícita a la Evaluación Ocupacional, tendremos que establecer el proceso teórico denominado de Razonamiento Clínico, así podríamos concretar que el proceso de razonamiento clínico es el modo en que los terapeutas ocupacionales utilizan diferentes enfoques de pensamiento según la naturaleza del problema al que se enfrentan.

Los terapeutas ocupacionales utilizarán diferentes enfoques de pensamiento según la naturaleza del problema que estén tratando. (Fleming, 1991)

El razonamiento científico se utiliza para comprender el problema que afecta a una persona y decidir las intervenciones que sean las adecuadas para su problema. Las formas de razonamiento científico descritas en terapia ocupacional:

- razonamiento diagnóstico (Rogers y Holm, 1991) se relaciona con la definición del propio problema. El proceso comienza antes de ver a la persona
- razonamiento operativo (Fleming) tiene que ver con la discapacidad y que actividades terapéuticas pueden remediar los problemas de desempeño funcional
- razonamiento narrativo, concierne al significado que tiene una discapacidad para un individuo, desde la perspectiva de éste. El razonamiento narrativo se denomina así porque, comprende el pensamiento en forma de historia, de historia ocupacional
- razonamiento pragmático va más allá de la relación profesional-paciente. Se consideran los contextos práctico y personal, porque ambos afectan al proceso terapéutico. El contexto práctico se refiere

a los recursos terapéuticos disponibles. Los terapeutas ocupacionales consideran activamente sus contextos de práctica, influyen y son influidos por ellos (Creighton, Dijkers, Bennet y Broen, 1995). De manera similar al contexto práctico, la situación personal del terapeuta ocupacional también forma parte del proceso de razonamiento pragmático. Las competencias clínicas, las preferencias, el compromiso con la profesión de una persona y las demandas de los roles vitales fuera del trabajo afectan a las elecciones, entran por tanto en el proceso de razonamiento clínico

- razonamiento ético, éste avanza un paso más para razonar el ¿qué debe hacerse? (Rogers, 1983), tomar una decisión ética que se refleja sobre la toma de decisiones.

Estos procesos de razonamiento clínico son procesos que se solapan, interactúan entre sí para planificar, comprender los problemas del individuo desde diferentes perspectivas. Se utilizan los procesos lógicos asociados al razonamiento clínico para comprender las discapacidades, los contextos de desempeño del paciente para predecir el impacto que tienen éstos sobre su desempeño ocupacional, los contextos de intervención para tener en cuenta la realidad práctica y diaria asociada al propio servicio. El razonamiento narrativo aprecia el significado que tiene la limitación para el individuo, centrando el proceso en la propia persona. Todo este proceso siempre relacionado con el razonamiento ético, seleccionando la mejor acción de terapia para responder a las necesidades del individuo. (1)

Como condición indispensable para articular la Evaluación Ocupacional, tendremos que destacar la necesidad de que el profesional estructure esta recogida de datos fundamentándose en un Marco teórico que debe manejar de forma eficiente y funcional para que el tiempo requerido para la recogida y registro de datos sea mínimo, de ahí, este intento de resumir, el uso del Marco de la AOTA de forma práctica.

Metodología

Encuadre teórico

Se han identificado tres propósitos principales para la evaluación (Kirshner y Guyatt, 1985), el fin último de la evaluación es la toma de decisiones:

- descriptivo, la intención es describir a los individuos dentro de un grupo o las diferencias entre estos miembros
- predictivo, predecir la función futura en las áreas de ejecución
- evaluativo, conocer los resultados de la intervención terapéutica

Otro aspecto que se debe tener en cuenta a la hora de llevar a cabo la evaluación del paciente la capacidad del paciente para llevar a cabo el proceso evaluativo. Los terapeutas ocupacionales evalúan a personas que tienen cierta forma de discapacidad, lo que puede limitar la realización de una prueba de evaluación, entre los aspectos a tener en cuenta la capacidad de lenguaje, percepción, habilidades motoras,...cuando se lleva a cabo una prueba se debe conocer la forma en la cual la discapacidad puede afectar a la fiabilidad y validez de la misma.

Se realizan evaluaciones progresivas a intervalos establecidos de manera informal como parte de la intervención, se documenta el desempeño ocupacional durante toda la intervención modificándola cuando sea apropiado. Las fuentes de información deben ser consultadas, siempre que sea posible, siguiendo una secuencia prefijada; en primer lugar las indirectas y después las directas.

Indirectas: informes (médico, social, familiar,etc.) autoinformes, entrevista a familiares.

Directas: entrevista, observación, herramientas de evaluación formalizadas (2)

Los pasos que siguen los terapeutas ocupacionales para crear un perfil ocupacional son los siguientes:

- revisar información preliminar
- entrevista con la persona, cuidadores o ambos
- sintetizar información obtenida, enfocándola a áreas de ocupación y contextos que deben abordarse
- seleccionar métodos para evaluar los factores que afecten a las habilidades y patrones de desempeño ocupacional, teniendo en cuenta los factores propios del paciente, factores contextuales y demandas de la actividad.
- Identificar facilitadores y dificultades para llevar a cabo el desempeño
- desarrollar objetivos para el intervención que sean compatibles con las prioridades del paciente y que sean factibles según los hallazgos obtenidos tras la evaluación.

En resumen la recogida de datos se realiza mediante el aporte teórico de Evaluación Ocupacional Inicial propuesta por Moruno y Talavera (8) en donde la evaluación es el conocimiento de las personas como seres ocupacionales (1) La evaluación inicial se ciñe a las capacidades y a los problemas que presenta el paciente para desempeñar sus actividades vitales valoradas. Los factores que influyen en el desempeño ocupacional son dinámicos, por tanto, deben ser reevaluados continuamente, para comprobar la eficacia de la intervención. Se efectúa una evaluación de resultados para establecer el efecto global de la intervención, resumir el desempeño ocupacional actual.

Se utiliza el Marco de la AOTA (9) y la CIF (10) para la estructuración del proceso de Evaluación, siguiendo los mismos pasos que éste nos marca, para llegar a un análisis exhaustivo del desempeño de la persona. Dentro de éste se realiza un análisis de la actividad relacionando este análisis con el Marco y los conceptos explicados en el mismo, colocando a la persona siempre en el primer plano.

1.- evaluación según el Marco, pasos a seguir y explicación de cada uno de ellos, que se debe tener en cuenta

2.- ejemplificación de una evaluación

A pesar de que se describen por separado y secuencialmente, en la práctica, realmente, se puede recoger de forma simultánea la información referida a ambos apartados. El esfuerzo y participación activa del paciente son primordiales en este proceso, y las prioridades del sujeto guían las elecciones y decisiones tomadas durante el proceso de evaluación.

Encuadre práctico

El proceso de rehabilitación es "el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales para el entrenamiento y reentrenamiento del individuo hasta los niveles más altos de capacidad funcional" (Hagedorn, 1997).

La rehabilitación realiza iniciativas sociales para cubrir las necesidades de personas con discapacidad para que puedan llevar una vida productiva. Los terapeutas ocupacionales, a través de su enfoque en la ocupación, contribuyen a la orientación de participación social y reinserción de los pacientes.

La evaluación del paciente está moldeada por el ámbito de práctica en el que se desarrolla la práctica, por lo que se describe a continuación el contexto en el que se desarrolla.

El caso que se expone tiene lugar en una unidad de rehabilitación física dentro de un complejo hospitalario. El hospital se encuentra en las afueras de una capital de provincia y es de reciente construcción. La unidad de rehabilitación se encuentra en la planta baja del hospital, pero el acceso a la unidad de terapia ocupacional pasa por una escalera (con pasamanos) y una rampa de pendiente pronunciada. Por lo que existe una limitación de accesibilidad. La sala de terapia ocupacional dispone de suficiente espacio, se dispone de una mesa grande para intervención, una mesa para realización de entrevista, una zona de realización de AVD, pero no están separadas por ningún dispositivo, que

otorgue intimidad a los distintos ambientes. La iluminación y la temperatura son adecuadas.

El número medio de pacientes por día oscila entre 20-30, por lo que la intervención individual (que no individualizada) se ve dificultada, no existe la intervención "a solas" con el paciente, siempre están presentes otros pacientes que en la sala de terapia ocupacional. *El tratamiento individual es un lujo a medida que los profesionales se orientan a modelos de tratamiento grupal interdisciplinario que son más eficaces en relación al coste y capitalizan las propiedades terapéuticas de los grupos* (en Willard & Spackman; Marmer, 1995) La duración de la intervención varía entre 30-50 minutos. Esta son las características con sus consecuentes limitaciones del contexto físico y temporal existente en el dispositivo referido.

Resultados

A continuación se seguirán e irán definiendo los pasos aplicados en el proceso en terapia ocupacional, centrándonos en la evaluación del paciente. Lo que se pretende es establecer un guión para realizar la evaluación siguiendo el Marco de trabajo de la AOTA, se realizará un repaso de los contenidos que el Marco establece, para llevar a cabo la evaluación y se irán explicando los datos pertinentes en cada apartado.

Se expone la información de la siguiente forma, se realiza un análisis de cada apartado, ejemplificando el mismo a continuación (en cursiva) para mayor comprensión y visualización del caso.

3.1.- EVALUACIÓN INICIAL

Frecuentemente se utilizan diferentes métodos de evaluación. Aunque es frecuente la realización de técnicas de evaluación estandarizadas, de acuerdo con Neidstad (13) se pueden aplicar otras técnicas como la entrevista con el

paciente y otras personas allegadas, la observación del desempeño y evaluación directa de aspectos específicos de la ejecución. Se delimitará así:

- las áreas en que presenta limitaciones, qué actividades que desea hacer se ven comprometidas y las condiciones asociadas a esos problemas áreas que no presentan restricciones
- características del desempeño ocupacional del sujeto anterior a la alteración
- necesidades y expectativas individuales y de su entorno más próximo

Una de las razones más importantes para entrevistar a la persona es poder conocer mejor cómo percibe las cosas, es una oportunidad para que narren su historia. Antes de la entrevista el terapeuta posee información general sobre la persona y, a través de la entrevista se completa la historia ocupacional de la misma. Durante la realización de la entrevista el terapeuta tiene la oportunidad de observar el comportamiento y participación del paciente, lo que proporciona información sobre éste.

La recogida de información se realiza en una primera entrevista realizada el primer día de intervención. La entrevista es semiestructurada y abierta. Se lleva a cabo con el paciente y su mujer, que ejerce de principal cuidadora. En ocasiones el paciente, acude con otra persona a tratamiento (hermano, cuñada), se aprovecharán estas ocasiones para contrastar y recoger información adicional.

Evaluación sensitiva: alteración de la sensibilidad, afectación de propiocepción de brazo y mano izquierdos. El registro de información se lleva a cabo en una plantilla realizada para cada paciente. En la que se rellenarán los datos de cada uno, existiendo una plantilla general para mayor eficiencia del registro. En la misma aparecerán:

1. datos personales

2. médico de referencia e indicaciones realizadas por el mismo. En este caso son:

- reestrenar AVD, transferencias
- integración Miembro superior izquierdo en esquema corporal
- estimulación sensorial
- restricción lado sano

3. proceso de evaluación.

Antecedentes y observaciones

Paciente que ha sufrido hemorragia subaracnoidea, con hemiparesia izquierda y hemianopsia homónima, ocurrido en junio de 2011

Tras la observación y valoración, se realiza un primer registro:

- Evaluación motora: el paciente acude a tratamiento caminando acompañado y con ayuda de una muleta. El tono muscular aparece alterado en el hemicuerpo izquierdo (flaccidez). Aparece ligera alteración postural, realiza bipedestación y sedestación con supervisión. Existen movimientos activos de miembros inferiores y superiores. El brazo presenta debilidad, pero movilidad conservada, a nivel grueso y fino.
- Evaluación sensitiva: alteración de la sensibilidad, afectación de propiocepción de brazo y mano izquierdos.
- Evaluación procesamiento: hemianopsia izquierda.

3.2.- PERFIL OCUPACIONAL, refleja, en parte, su sentido de competencia en las actividades ocupacionales, lo cual a su vez influye en cuánto tiempo le dedica y en las decisiones que se toman; describe la historia ocupacional de la persona, su forma de vida, incluyendo los intereses y deseos actuales y de futuro. La recogida de esta información varía según las circunstancias, se puede reunir información al inicio del contacto con el cliente e ir recogiendo información adicional durante un período prolongado mientras se trabaja con el paciente

- ¿Quién es el cliente? ¿Qué contextos y entornos apoyan o interfieren?

Para responder y completar esta pregunta, aquí se tendrían en cuenta los **contextos** de la persona: personal, cultura, temporal, virtual, físico y social. Las condiciones de la persona, externas e internas influyen en su desempeño, en cómo se priorizan las ocupaciones y en cómo se van a llevar a cabo.

La población a la que pertenece el cliente es importante a la hora de tener en cuenta la intervención además del propio contexto ya que la población a la que pertenece, habla de: valores y creencias, funciones (capital política cultural) y la estructura de los integrantes (genética, orientación sexual).

La posición social está definida en cada uno de nosotros, moldea nuestros valores y comportamientos.

Las desigualdades están establecidas social y materialmente por interrelaciones dinámicas de variables como raza, clase, sexo, edad y discapacidad

Contextos y Entornos:

PERSONAL, varón de 40 años, que posee el título de bachiller, con un buen nivel económico.

TEMPORAL, posee empresa propia de compra-venta de automóviles, con empleados a su cargo, en la que estaba en activo antes de que sucediera el accidente

CULTURAL es caucásico y no aparece mención a la religión que profesa, por lo que esta información no sería relevante en este caso para la intervención. Es natural de Lugo, y su idioma materno es el gallego aunque domina el castellano. Por su trabajo también tiene nociones básicas de francés y alemán (a nivel laboral)

SOCIAL, está casado y acaba de tener una hija. La familia de origen está compuesta por un hermano, con el que trabajaba y su madre, que vive sola en un pueblo de Lugo y a la que van a visitar a menudo. La familia de su esposa también tiene buena relación con hermanos de la misma. La pareja poseen recursos sociales, amigos y familia de apoyo.

VIRTUAL, utiliza dispositivos de comunicación por móvil, sobre todo a nivel laboral. En cuanto al uso de ordenador, es limitado.

FÍSICO, han construido una casa en las afueras de Lugo, donde se mudarán en breve. Poseen dos coches. Acude a tratamiento en automóvil, acompañado.

Se registra así que el entorno familiar del paciente será facilitador para el desempeño del paciente, debido a la implicación y participación activa que muestran los mismos.

Existen contextos que dificultan el desempeño, la mudanza a una nueva casa, extraña para el paciente; la realización de rol de padre (desconocido para él) en la circunstancia de "limitación e incapacidad" (según sus propias palabras) en la que se encuentra tras el incidente, por otro lado, la aparición de este nuevo rol, proporciona motivación en la persona para la implicación en la intervención.

- **¿Por qué solicita servicios?** En el caso que se trabaja, no es la persona la que solicita los servicios de terapia ocupacional, la derivación la realiza el medico rehabilitador.

En muy pocas ocasiones la persona afectada demanda directamente las prestaciones del terapeuta ocupacional, lo más frecuente es que sea derivada o remitida por otros profesionales al departamento de terapia ocupacional (Trombly)

- **Historia ocupacional, ¿Cuáles son las áreas exitosas y cuáles causan problemas? ¿Cuáles son las prioridades del cliente?** La respuesta a estas preguntas se obtendrá con la realización de la historia ocupacional donde se obtendrá información sobre las **áreas ocupacionales** de desempeño por parte de la persona. A medida que se trabaja con el paciente se dan a conocer respuestas sobre estos aspectos que serán debidamente registradas. Las diferencias individuales en la manera en que los clientes ven sus ocupaciones reflejan la complejidad y la multidimensionalidad de cada ocupación. La

perspectiva del cliente de cómo una ocupación es categorizada varía dependiendo de las necesidades e intereses del cliente.

Áreas de ocupación:

1. AVD, se registrará el desempeño que realiza y si aparece alguna dificultad durante el mismo.

(Las áreas se exponen en este orden para suponer su ejecución en un día, desde el momento de levantarse).

Movilidad funcional, la lleva a cabo, con supervisión y ayuda de muleta

Baño: control esfínteres, higiene inodoro, bañarse, arreglo personal y cuidado dispositivos. Es independiente para la mayoría de estas actividades, pero necesita acompañamiento, para transferencias inodoro.

Vestido, coopera en la realización de vestido. Dificultad en calzado por posición. Abotona y abrocha, dificultad para realizar lazada.

Alimentación, la lleva a cabo, excepto cortar. En ocasiones hay que recordar comida que queda en lado izquierdo

Actividad sexual, se considera prematuro abordar este tema en las primeras sesiones. Son una pareja joven, por lo que es un tema que debería abordarse, el contexto no facilita el abordaje del mismo ya que no existe la intimidad para la intervención de determinados temas

2. AIVD, requieren interacciones más complejas

Comunicación, sin complicaciones

Cuidado, de otros, de mascotas, crianza y seguridad. Ligera restricción para el cuidado de hija porque falta sentimiento de seguridad para el cuidado y responsabilidad, su limitación de movilidad y déficit visual dificultan su rol de cuidador

Hogar, gestión, limpieza y preparación comida, finanzas, compras. Estas actividades no son significativas para el paciente.

Finanzas, limitación por falta de concentración

Mantenimiento de la salud, no aparecen limitaciones

Práctica religiosa no relevante

Movilidad, dificultad, no sale solo, no conduce, ni utiliza transportes

3. Descanso, no hay alteraciones en el mismo. El paciente acude a tratamiento en coche particular, en el horario pautado

(Las alteraciones de sueño si pueden aparecer en pacientes de la unidad por el traslado en ambulancia a la unidad)

4. Trabajo, el paciente posee una empresa propia de compra-venta de automóviles. En este momento la actividad de la misma está paralizada. Es un área muy importante para el paciente y que ve limitada su actividad.

5. Ocio, no hay una participación completa en su ocio, le motivan actividades como jugar al fútbol, conducir coches. Si lleva a cabo actividades más pasivas: ver Formula 1, escuchar música

6. participación social, relaciones e interacciones personales, existe una red social adecuada.

Las características del cliente en cuanto a valores, creencias y espiritualidad siempre y cuando estos sean tenidos en cuenta o necesarios para la intervención

Los valores, creencias y espiritualidad van a influir en el desempeño del cliente, pero a la hora de la intervención son tenidos en cuenta, siempre y cuando sean observados o resaltados por el paciente, y puedan interferir en la intervención de manera concreta, sino es así, se tendrán en cuenta de manera global, forma parte de quién es el paciente, por tanto marcará la intervención.

En este caso se tendrá en cuenta la reciente paternidad como parte de sus valores y su compromiso con su familia y la creencia de que un padre debe educar y participar en el cuidado de su hija. Estas características reflejan una implicación y cooperación en la intervención.

También se recogerá en la historia ocupacional los **patrones de desempeño**. Un cliente puede tener la habilidad o la capacidad para ser competente en su desempeño, si no integra esas destrezas en un conjunto productivo de patrones

de compromisos con la ocupación, la participación puede afectarse negativamente

Los **patrones de ejecución** integran las destrezas y ocupaciones del individuo dentro de su vida diaria, en su quehacer cotidiano por medio de hábitos, rutinas, rituales y roles. En cuanto al paciente, no se remiten hábitos anteriores al incidente que puedan influir en el mismo, además, debido al cambio de domicilio, se deberán adquirir nuevos hábitos unidos al nuevo contexto. Las rutinas anteriores, se regían por el horario laboral, acudir a entrenamiento de fútbol dos veces por semana y visita a familia los fines de semana. Los roles establecidos, el paciente es el dueño de una empresa, que ahora mismo, no realiza actividad, y el rol de padre, que no está completamente establecido, ya que el incidente tuvo lugar a las semanas de haber nacido su hija, pero comienza a cooperar en el cuidado de la hija (alimentación, aseo, vestido)

Rutinas que lleva a cabo: todas las mañanas colabora en la preparación de café, las rutinas de AVD las lleva a cabo con ayuda.

Durante la intervención se establecen unos patrones de ejecución que llevará a cabo en el propio contexto de tratamiento; a diario el paciente debe colocar su abrigo en lugar indicado, lavar las manos antes del inicio de tratamiento (para acceder al lavabo tiene que cruzar toda la sala)y recoger las herramientas que se indiquen para la actividad a realizar.

3.3.- ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN OCUPACIONAL

El análisis del desempeño ocupacional es el paso del proceso de evaluación en el que se identifican de manera más específica los problemas potenciales del cliente. La ejecución ocupacional se define como la capacidad para llevar a cabo las AVD, es el logro de la ocupación seleccionada como resultado de la interacción dinámica entre el cliente, el contexto, el entorno y la actividad. Mediante la observación del desempeño ocupacional, examinando la eficacia de las **destrezas** y habilidades del paciente. La mejora o desarrollo de destrezas de desempeño permite el involucrarse en ocupaciones. Las destrezas de ejecución se definen como las habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo. Éstas son aprendidas y desarrolladas a través del tiempo.

El análisis se realiza una síntesis del perfil para centrarse en las áreas y contextos que se necesiten, se valorarán aquí las **características del cliente: funciones y estructuras corporales**, siendo éstas las funciones fisiológicas y las estructuras anatómicas del cuerpo. Las capacidades del cliente relacionadas con las funciones corporales reflejan las capacidades que residen en el cuerpo, las destrezas de ejecución son habilidades demostradas por los

clientes. Detrás de cada destreza de ejecución, hay muchas funciones del cuerpo. Se observan las destrezas, a fin de entender las interrelaciones entre los factores subyacentes, que serían las funciones corporales, que apoyan o limitan el desempeño ocupacional se apoyan en funciones del cuerpo. Se debe tener en cuenta en este apartado que en el contexto en el que se establece el caso, una unidad de rehabilitación física, las funciones mentales no se registrarán en todos los pacientes.

En aquellos casos de afectación osteoarticular, estos componentes, no serán registrados, siempre y cuando no interfieran de algún modo en la intervención. En pacientes con patología neurológica se debe tener en cuenta en este apartado.

Característica del cliente. Funciones corporales:

Funciones mentales específicas: hay una limitación en la capacidad de atención, selectiva (ya que tiene dificultades para prestar atención a estímulos del lado afecto) y sostenida (cuesta mantener la atención durante un período de tiempo prolongado). La imagen corporal también se halla ligeramente distorsionada por la falta de integración del hemicuerpo.

Funciones mentales globales: la conciencia se ve limitada, el nivel de alerta está restringido (no se despierta de noche con el llanto de la hija). La motivación y la energía son variables, su estado emocional influye en la ejecución de sus actividades.

Funciones sensoriales: el campo visual está restringido, lo que impide un registro adecuado de su entorno y su propio cuerpo. La función propioceptiva, está alterada en el lado afecto (respecto a cómo se encuentra su cuerpo y las posición que ocupa con respecto al espacio) asimismo se ve alterada la función táctil (no discrimina diferentes texturas y la esterognosia presenta también restricciones, la conciencia térmica está conservada)

Funciones neuromusculares y del movimiento: la movilidad presenta limitación, en cuanto al patrón de la marcha también está alterado. Hay una restricción en la estabilidad, fuerza y tono muscular que impiden la ejecución de patrones de movimiento adecuados.

Destrezas de ejecución.

Destrezas motoras y praxis: el paciente tiene una restricción en la movilidad e interacción con su entorno, sin una ayuda externa (bastón, persona de apoyo). El ritmo es lento y tiene dificultades para manejar objetos con seguridad. Las destrezas de praxis se ven restringidas por la hemianopsia izquierda que limita la introducción de este hemicuerpo en sus actividades, por lo que la construcción viso-espacial está limitada. También existe una limitación en habilidades motoras complejas, como manejo de llaves, atado de cordones, lo lleva a cabo, pero precisa un mayor tiempo de ejecución.

Destrezas sensoriales-perceptuales: aparece una restricción en el lado afecto por el déficit sensitivo y propioceptivo presente. También aquí limita el déficit visual, para alcanzar el campo visual completo

Destrezas de regulación emocional: aparece una buena estabilidad emocional

Destrezas cognitivas: la actividad cognitiva se ve comprometida por la dificultad que presenta para atención durante una actividad y la concentración. Pero no existen otro tipo de complicaciones

Destrezas de comunicación, sociales: no aparece compromiso en este tipo de destrezas

Conclusiones

En el quehacer diario de un profesional sanitario es importante la recogida de datos para poder evaluar inicialmente y conocer la evolución de los pacientes durante el proceso.

La evaluación inicial nos dará información para poder fijar objetivos y llevar a cabo nuestra intervención.

La realización de recogida de datos de forma eficiente y efectiva es importante para el desarrollo de la labor profesional diaria que se lleva a cabo y para que otros miembros del personal puedan acceder a ella.

En la unidad donde se contextualiza el caso, es importante llevar a cabo un registro para que el responsable del servicio conozca y perciba la situación inicial y evolución del mismo, porque es éste el que decide si es pertinente o no la intervención de terapia ocupacional y el momento de dar el alta al paciente.

El cómo recoger los datos es una labor personal, pero es importante que sean tenidos en cuenta una serie de datos imprescindibles por todos los profesionales del sector. Datos, que todos deben conocer y valorar durante la evaluación, aunque la intervención después varíe según el profesional, el registro de información debe ser uniforme, de ahí la utilización del Marco de Trabajo de la AOTA y su análisis exhaustivo para relacionar con el quehacer diario del terapeuta ocupacional.

Es importante que el tiempo de recogida de datos no sea muy largo porque sino sería poco efectivo por lo que debemos restringir nuestro tiempo de registro y respetarlo, para lo que se debe encontrar una forma funcional de llevar a cabo esta labor. Se procura en este artículo resumir en el caso clínico la recogida de información necesaria en la Evaluación Ocupacional.

Bibliografía

1. Hopkins HL, Smith H. Terapia Ocupacional Willard & Spackman, 10º ed. Madrid: Panamericana; 2005
2. Moruno Miralles P. Evaluación Ocupacional. En Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p.203
3. Fleming M. The therapist with the three track mind. American Journal of Occupational Therapy, 1991; 45:107-1014.
4. Rogers JC, Holm MB. Occupational Therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991; 45: 1045-1053.
5. Creighton C, Dijkers M, Bennet N, Brown K. Reasoning and the arto f therapy for spinal cord injury. American Journal of Occupational Therapy 1995; 49: 311-317.
6. Rogers JC. Clinical reasoning: The ethics science, and art. Am J of Occup Ther. 1983; 37: 601-616.
7. Kirshner B, Guyyat B. A methodological Framework for assessing health indices. J Chron Dis 1985; 38:27-36
8. Talavera Valverde MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [-20/12/2011-]; (5): [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>
9. 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 Asociation (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and Process (2nd ed.).
10. 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.
11. Hagedorn R. Foundations for practice in occupational therapy, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1997.
12. Marmer L. Group treatment Works well in strokw recovery. Advance for Occupational Therapists. En Hopkins HL, Smith H. Terapia Ocupacional Willard & Spackman, 10º ed. Madrid: Panamericana; 2005
13. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p.210
14. Trombly C. Procedimiento de evaluación. En Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p.215.