



LA IMPORTANCIA DE LA OCUPACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS POR ESTADOS DE ALARMA POR COVID-19

THE IMPORTANCE OF OCCUPANCY IN TIMES OF CRISIS DUE TO ALARM STATUSES FOR COVID-19

Para citar este artículo:

Alvarado A. (2020). La Importancia de la ocupación en tiempos de crisis por estado de alarma por COVID-19. *Revista Cuidado Y Ocupación Humana Vol.9-I.*

To. Ana Isabel Alvarado Paternina*

Servicios de gerencia sociales
Junta de Castilla y León
España

RESUMEN

La problemática de la pandemia global del COVID 19, fue una situación extrema y condicional que conllevó a los sujetos a plantearse el reentrenamiento de nuevas pericias cotidianas para lograr mantener el equilibrio emocional transitorio, que requirió de un periodo de adaptación y un de espacio reflexivo fulminante en el que se produjeron cambios inesperados por la variabilidad y el impacto psicosocial que este derivó y de las circunstancias del cambio imprevisto de rutinas, obligados por decretos de los Estados como medidas de protección. Bien, transferimos el ensayo al quehacer de las T.O., antes asentare como referencia el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO); esté relaciona a las personas en su entorno y la importancia de la ocupación. Se tomara como referencia el componente de habituación y la analogía de los hábitos y roles; ¿de qué manera afectaron estos elementos de forma generalizada y transitoria en las personas en sus hábitats y sociedad? Factores como la limitación de no poder interactuar libremente con grupos de pares por el confinamiento. En tiempos de crisis por períodos de alarmas en un Estado, los individuos están obligados a confinarse en un hábitat residencial e institucional, redirigiendo la organización de nuevas tareas significativas para el día a día, en ese espacio se pueden experimentar nuevas habilidades ocupacionales como si de un reentrenamiento de pérdidas de capacidades se tratara, o de un desequilibrio emocional transitorio o permanente como consecuencia del aislamiento inesperado por los cambios rutinarios y de planificación de vida de los sujetos.

PALABRAS CLAVES: Terapia ocupacional, AVD, reentrenamiento de rutinas, desempeño ocupacional, COVID-19, crisis, estado de alarma.

ABSTRACT

Have you ever wondered if suddenly you wake up on any given day and start your routines as if it were any day, and suddenly this is interrupted by an unexpected context that unbalances the order of planned occupational activities and the development of automated behaviors as if it were a movie. The problem of the global pandemic of COVID 19, was an extreme and conditional situation that led subjects to consider retraining new daily skills, in order to maintain temporary emotional balance and some permanent ones that required a period of adaptation and one of A fulminant reflective space that produced unexpected changes due to the variability and psychosocial impact that this derived and the circumstances of the unforeseen change in routines, forced by decrees in the States as protective measures. Well, we transferred the essay to the work of the T.O., before I will establish as a reference the Model of Human Occupation (MOHO); This relates to people in their environment and the importance of occupation, the habituation component and the analogy of habits and roles will be taken as a reference; ¿How did these elements affect in a general and transitory way the people in their habitats and society? Factors such as the limitation of not being able to freely interact with peer groups due to confinement. In times of crisis due to periods of alarm in a State, individuals are obliged to confine themselves in a residential and institutional habitat, redirecting the organization of new significant tasks for the day to day, in that space new occupational skills can be experienced as if a retraining of loss of abilities, or a temporary or permanent emotional imbalance as a consequence of the unexpected isolation by the routine and life planning changes of the subjects.

KEY WORDS: Occupational therapy, ADLs, routine retraining, occupational performance, COVID-19, crisis, alarm status.



INTRODUCCION

A finales del año 2019 en China se dio el primer caso del COVID 19, asociado con síndrome respiratorio agudo grave. Se fue extendiendo rápidamente y declarado por la OMS como una pandemia global. Europa y EEUU se vieron en vilo con los mayores contagios, y se vieron obligados a cerrar las fronteras por el control del brote.

El contagio se propagaba por contacto directo entre las personas, mediante gotículas respiratorias que se producían cuando una persona que estaba infectada tosía o estornudaba, estas podían llegar por la boca o la nariz de las personas que estaban cerca y entrar a los pulmones al respirar. También podían contagiarse las personas al tocar objetos y/o superficies contagiadas y luego pasarlas por las mucosas.

La OMS declaró que muchas personas (hasta la fecha no hay datos investigativos de porcentajes de contagios leves), que contrajeron la enfermedad presentaron síntomas leves. Estas mismas personas tenían que pasar por una fase de aislamiento llamada “fase de excreción del virus” cuya duración era de 20 días aproximados para no contagiar a los sanos. Sin embargo, los investigadores consideran que aun en demasiado pronto para calcular con precisión porque en algunos humanos actuó de forma letal.

Las personas contagiadas con síntomas graves, fueron tratadas en centros hospitalarios restringidos por la carga viral y la amenaza de riesgo que presentaban. Se sabía que los más vulnerables a contraer y ser letal eran las personas mayores y en muchos casos adultos jóvenes. Según los expertos de momento no hay datos relevantes que indiquen porque actuaba de forma letal en algunos humanos jóvenes y sanos.

Las personas con positivos y síntomas leves debían pasar la cuarentena aislados sin ningún tipo de contacto. En ambos casos la inmovilización, la desorientación temporaria espacial, la falta de comunicación con el exterior y otras personas, fueron componentes inoportunos en el proceso de esta enfermedad.

Dualidades que trajeron consigo alteración y desestructuración de las rutinas de forma repentina, ya que el inicio de la enfermedad en los sintomáticos era la sensación de gripe para días posteriores estar entubados y graves de vida a muerte y la de los asintomáticos era de estar encerrados en espacios muy reducidos solos, si convivían con más familias o encerradas en sus hábitats para no contagiar.

En un escenario de crisis que deriva al confinamiento, como fue el caso de la alerta de estado que se cohabitó a nivel global por la pandemia del COVID 19, este derivó a la desestructuración de rutinas cotidianas de los sujetos que se vieron alterados por la limitación en la libertad de movimientos que afectaron de alguna manera el orden cotidiano y consigo el estado emocional de los individuos generándose estrés e incertidumbre producido por los causantes del aislamiento.

Gary Kielhofner en el modelo de la ocupación humana (1980) refiere que cuando las personas trabajan, juegan y desempeñan actividades diarias, ordena sus capacidades en patrones de acción, auto percepción y comprensión del mundo. En gran medida las personas son autoras de su propio desarrollo a través de lo que hacen. La disfunción y/alteración que afectan negativamente a los hábitos y su interrupción exagera más los síntomas y/o las consecuencias del trastorno subyacente. Sin embargo, a veces los hábitos disfuncionales se convierten en algo más que un matiz. Se convierten en un serio inconveniente que amenaza el bienestar (Kielhofner, Barris, y Watts, 1982).

El modelo de la ocupación humana considera a los seres humanos como seres dinámicos, nos adaptamos en los tiempos y nos organizamos según vamos evolucionando. (Kielhofner 1980) (1.). Por más realizable que discurra un cambio de rutina u ocupación, implica una adquisición de un nuevo orden, tiempo de adaptación, en las AVD que deben estar dirigidas a mantener intereses significativos, pero sobre todo se debe intentar conocer con intensidad de la “importancia de lo cotidiano para el ser humano”, y surge lo inquietante, ¿qué debo hacer? como lo debo hacer? que me interesa hacer?



Examinaremos en el artículo uno de los componentes del MOHO, la habituación. Está organizada el comportamiento dentro de patrones y rutinas, describiendo e integrando dos conceptos: hábitos y roles. Hábitos son imágenes que guían la rutina y las formas típicas que una persona se desempeña, reflejándose en tres dimensiones: grado de organización, adecuación social rigidez/flexibilidad. Roles son imágenes que las personas mantienen de sí mismas como ocupando ciertos estatus o posiciones en los grupos sociales y las obligaciones o expectativas que acompañan al hecho de pertenecer a estos roles. (Valdebenito 2018). (2. p17).

METODOLOGÍA

Bajo una metodología de revisión bibliográfica, este escrito tiene como objetivo revisar una serie de argumentos biográficos y artículos coligadas con la T.O y ligadas con la ciencia de la ocupación, los hábitos, las rutinas, los roles y las consecuencias en la alteración, la readaptación en las mismas y la conceptualización y el equilibrio psicosocial, lo cual está relacionada con el modelo referenciado, Modelo de la Ocupación Humana (MOHO Gary Kielhofner 1980).

RESULTADOS

La desestructuración de rutinas de forma inesperada altera las variables de los hábitos, inclusive puede detonar en los aspectos psicosociales de las personas, en este caso vamos a tomar la referencia los aspectos de cambio, por la conmoción de aislamiento por la crisis global del COVID 19.

Hablar sobre el paralelismo de todos los contextos sociales, de países desarrollados y en vías de desarrollo, era casi inviable ¡los escenarios apocalípticos que se evidenciaron del confinamiento por el coronavirus trajo consigo alteraciones del orden social y tergiversación de la economía, la desestructuración de rutinas en las familias, la readaptación en los puestos de trabajo y la reorganización en la intervención de los centros institucionales socio-sanitarios.

Los aspectos generales del modelo de la ocupación humana que plantea de Gary Kielhofner, traza el significado de la ocupación, la importancia del enfoque a la realidad y en concreto a su situación ocupacional, ¿Porque un individuo realiza una ocupación? ¿Porque deja de realizarla? ¿Qué factores influyen en este proceso? La habituación organiza el comportamiento en patrones recurrentes que son integrados por los ritmos y costumbres del mundo físico, social y temporal. La acción repetida dentro de contextos específicos establece patrones habituales de acción. En virtud del desarrollo de una forma de hacer algo que probablemente se repita, la habituación evoca las mismas acciones que las sostienen.

Los patrones habituales de acción están gobernados por hábitos y roles. En conjunto, entretienen los patrones con los que las personas viven normalmente sus días, semanas y estaciones, sus hogares, vecindarios, y sus familias. Las organizaciones laborales y comunidades. (Williard y Spackman 2005).

Generamos hábitos al hacer constantemente la misma cosa en el mismo contexto. Lo que en una época requirió atención y concentración finalmente se torna automático. (Kielhofner 1980).(1.p24)

Los hábitos se definen como tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares. (Kielhofner 1980). (1.p24)

Los hábitos también cumplen un propósito en la sociedad. Young (1988) señala que los hábitos compartidos por un grupo de personas constituyen costumbres sociales. Así, al adquirir hábitos los seres humanos se convierten en portadores y mensajeros de las costumbres que constituyen la forma de vida de un grupo particular. Más aun en un grupo social la conducta habitual de una persona puede formar parte del contexto habitual necesario para los hábitos de otra. (Kielhofner 1980).(1.p74).

Podemos poner un ejemplo de forma muy generalizada de las rutinas que enmarca un centro residencial de personas mayores en un país cualquiera de Europa. Tomaremos como



referencia España, cualquiera zona de mayor epicentro de contagio.

Una rutina en situación normal y generalizada se organiza de la siguiente manera: A las 8:00 de la mañana se levantan los residentes para a muchos de ellos asistirlo ayudarlos en las duchas, aseo y vestido, en algunos casos recibe la visita de los enfermeros por si requiriera con alguna pauta clínica de control en la salud. A las 9:00 de la mañana se dirigen los residentes a un espacio en común, el comedor social, donde se reencuentra todos los residentes dependientes y válidos. A las 10:00 de la mañana empieza el jornal de los servicios que prestan los centros residenciales, los residentes se dirigen a las diferentes actividades profesionales, departamento de fisioterapia, departamento de terapia ocupacional, departamento de psicología, animación sociocultural, departamento de trabajo social, atención médica, con el fin de mantener la calidad de vida en ellos y atender a sus necesidades.

Sobre las 14:00hrs se reencuentran nuevamente en el comedor para la hora de la comida. Por la tarde es necesario el descanso en las personas mayores, algunos de ellos no les condona las úlceras a presión por lo que es necesario transferir a sillones y/o camas para mejoras de la presión. Si el buen tiempo les acompaña por esto de las estaciones, salen a dar caminar a los jardines que la mayor parte los centros residenciales ofrecen y otros esperan las visitas de los familiares o acuden a otras actividades que se tengan programadas en el centro. Otros prefieren ver los medios de comunicación T.V., radio, periódico o acudir al bar de la residencia para compartir con los demás usuarios. Finalmente, sobre las 20:00 de la tarde, se cena y a las 21:00, regresan nuevamente a sus habitaciones para preparasen e ir a dormir.

Bien, entonces podemos plantearnos en este contexto ¿cuáles fueron los efectos del confinamiento en los centros residenciales, en relación al componente de habituación? Aquí se establecen dos escenarios que se experimentaron, algunos centros residenciales.

Uno, las residencias con escalas de contagios altos con pabellones de aislamientos y otros los que no tuvieron ningún tipo de contagio, pero con confinamiento.

Ambas situaciones trajeron alteraciones rutinarias y de hábitos en los centros residenciales que afectaron la organización de las personas mayores, confinados en espacios reducidos, hablamos de las habitaciones, para protegerlos del contagio ya que estos sujetos eran los más vulnerables, por las patologías que les acompañaba.

La gravedad de la crisis fue tan letal que la mayoría de los centros residenciales de comunidades con epicentros altos contagios, las personas mayores, se vieron confinadas más de 60 días, confinadas y aisladas en sus habitaciones, día y noche. Evidenciándose una desmotivación, desorientación temporo-espacial, deterioro cognitivo y limitación de movimientos, que trajo como consecuencias alteración psico funcional de las personas mayores.

Cuando las capacidades están disfuncionales, los hábitos previamente establecidos pueden verse gravemente interrumpidos. Uno puede verse forzado a desarrollar nuevos hábitos para muchos aspectos de la vida cotidiana o la mayor parte de ellos.

Las alteraciones en el estado funcional de una persona pueden interrumpir totalmente la eficacia de un hábito existente. (Gary Kielhofner 2004).(1.p79).

La intervención del T.O. en estos contextos tan críticos, es la de reorganizar la distribución en rutinas y hábitos, con el fin de no perder la autonomía, la de realizar actividades dirigidas a preservar la orientación temporo-espacial, acciones enfocadas a el entrenamiento cognitivo y el desarrollo del programa de mantenimiento motor de miembros superiores e inferiores, pero sobre todo la facilitación de expresión de emociones como mecanismo de ayuda en los estados de ánimo, que proporcionen en los usuarios el equilibrio psicossocial.

Por tanto, el papel del T.O. es muy esencial en los centros residenciales, con escenarios y sin escenarios de crisis, ya que nuestra intervención se basa en mantener en lo más posible la funcionalidad de las personas mayores y mantener al máximo la calidad de vida en ellos. El objetivo que inquiere el T.O. en los centros



residenciales, es fomentar un mayor grado de independencia e integración social de los sujetos, fomentando la independencia de las actividades de la vida diaria, la función cognitiva, el asesoramiento, adaptación y entrenamiento de los productos de apoyo necesarios para brindar una mayor independencia.

Dado que se está tomando como referencia la fundamentación del modelo, nos dice que uno de los componentes, que plantea el MOHO, es la habituación, que se define como la disposición internalizada de exhibir patrones habituales de comportamiento, guiados por nuestros hábitos y roles, que responden a características rutinarias de los ambientes temporales, físicos y socioculturales. (3.p18)

A través del proceso de socialización, las personas adquieren roles que derivan del estatus social. La socialización implica interactuar durante un largo periodo con definiciones y expectativas explícitas e implícitas en el rol. (3.p18).

En consecuencia, los roles internalizados nos brindan los soportes sociales necesarios para actuar eficazmente. (Kielthoner 1980). (1. p81). El aislamiento por consecuencia de la crisis de la pandemia, trajo consigo secuelas en la cuanto a la interacción e integración social y desempeño de roles.

El protocolo del COVID 19, diseñado para evitar el contagio establecía la no interacción social, la separación de un metro y medio de distancias entre los pares y la no afectividad entre ellos. Circunstancias que descomponen a los sujetos, ya que el desempeño de roles es de vital importancia para los seres humanos, el aislamiento denoto la suspensión de roles ya que la mayor parte de las personas no podían desempeñar su ocupación, ni tener contacto con las demás personas, lo que se tornó para muchas personas muy terrible y complicado a nivel psicosocial.

Aún no se puede predecir las consecuencias psicosociales de este impacto inesperado, a nivel físico y social. Cuando un sujeto por cualquiera circunstancia física o mental tiene alguna alteración en sus capacidades funcionales de forma permanente y/o temporal,

hay un proceso de escalada que las T.O. en las praxis las va interpretando para adaptarlas al entorno ocupacional, psicosocial del sujeto de forma funcional a las respuestas según sus intereses.

Queda entre dicho como se va a considerar la valoración y los planes de apoyos, en el periodo de vuelta a la normalidad, ya que la variación de rutinas y hábitos se presentó por un periodo temporal muy corto, pero que a la vez trajo como consecuencia el caos en las rutinas.

Quedará en manos de los diferentes expertos evaluar los resultados que trajeron conciso el confinamiento y aislamiento de las personas en sus diferentes contextos, y de analizar más a fondo las consecuencias.

CONCLUSIONES

El COVID 19, dejó un espectáculo de excitación en varios países, paralizando la economía y la organización social y familiar de los sujetos, generando inestabilidad en todos los aspectos que evocaron la readaptación de rutinas y la improvisación de las personas para desarrollar un desempeño laboral y ocupacional en las familias.

La pandemia global del COVID 19, por suerte en algunos Estados no se invistió en situaciones dramáticas y desbordantes, mientras que en otros por desgracia el virus se extendió tan rápidamente que propicio en contagios y mayor número de muertes, ensañándose con grupos focales más vulnerables como fueron las personas mayores.

Dado que la pandemia dejó rastro de letalidad en adultos mayores, se tomó como referencia un centro residencial, para analizar la desestructuración de rutinas, hábitos y alteración en los roles de los sujetos y los efectos de daños colaterales que trajeron consigo la cantidad de días confinados en espacios reducidos.

El MOHO sirvió como referencia para comparar el componente de habituación, dada que es el componente que vinculan con los elementos que se alteraron en un escenario tan espectacular como fue la de la pandemia por el COVID 19.



Sería interesante dejar predicho, analizar en un próximo ensayo investigativo, sobre el índice de impacto psicosocial y funcional que dejó como resultado del desorden y el caos que trajo consigo la pandemia el susodicho COVID 19 en los centros residenciales con personas mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kielthoner, Gary. Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3ª Edición. Buenos Aires. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2004. p.71-88.

2. Valdebenito, Arabena, Ana. Introducción: al modelo de la ocupación humana (MOHO). [Internet]. Marzo 2020; ISSN 0719-1707, año 5, 2018 N° 5, PP. 1120]. Disponible en: https://zenodo.org/record/2587051/files/RCTX05_01.pdf

3. Explicación de la Ocupación Humana. Modelo de la Ocupación Humana. [Internet]. 2011. Editorial Médica Panamericana. Disponible en: <http://terapiaocupacionalsalamanca.blogspot.com/2017/05/modelo-de-ocupacionhumana-moho.html>

4. Barbara A. Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 12ª Edición. España. Editorial Médica Panamericana. 2016.

5. De las Heras, Carmen de pablo, Modelo de la Ocupación Humana. Editorial síntesis. España. 2015.