

INVESTIGACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL 90 AÑOS DE HISTORIA



María José García López - Elena de la Cruz Belvis - Daniel Emeric Méaulle
Alberto León Collado - Isabel Sánchez Sáez - Vanessa Millán García
Fuensanta García Martín - Sonia de Lama Pérez - María González Cano
María Jesús Velasco Pérez - María González Domínguez

Compiladores

Promueve



Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Edita



Asociación Profesional Gallega
de Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)

**Investigación en Terapia Ocupacional
90 años de historia.
Actas del VII Congreso Nacional de
Estudiantes de Terapia Ocupacional ©**

Catalogación_

García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V. et al. compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional [suplemento en Internet]. Ferrol (A Coruña): APGTO, Revista TOG; 2008. Volumen 5. Suplemento 1 [citado día mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

Páginas 494

Incluye Bibliografías e Índice

Versión electrónica, imprimible

ISSN 1885-527X


Título Original:

Investigación en Terapia Ocupacional 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional ©

Esta primera edición fue publicada en Enero de 2008 según acuerdo entre Revista TOG y VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional .

Este libro se acabó de maquetar en Ferrol a 21 de Diciembre de 2007

Versión electrónica imprimible

<p>REVISTA TOG</p>  <p>www.revistatog.com</p>	<p>CONTACTO CON REVISTA TOG Visite nuestra página www.revistatog.com</p> <p>ESPAÑA Email: miguelrevistatog@yahoo.es miguel@revistatog.com revista_tog@yahoo.es</p>
---	---

ISSN 1885-527X

La Terapia Ocupacional es una ciencia en constante cambio. Según avanza las nuevas investigaciones y la experiencia teórica y clínica nuestro conocimiento crece. Los compiladores de la obra y los autores de los capítulos han verificado toda la información con fuentes fidedignas, para asegurarse que sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Aún así, por posible error en la transcripción o en la recogida de datos, se recomienda al lector confirmarlas con otras fuentes. Los compiladores y autores, han realizado todo el esfuerzo posible para

localizar a los titulares del copyright del material utilizado. Si por error u omisión no se ha citado algún titular, se subsanará en nota que www.revistatog.com editará en su página web una vez localizado. Gracias por acceder a www.revistatog.com. Este libro es resultado del esfuerzo de sus compiladores y autores, así como del compromiso de la APGTO y la Revista TOG y el VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Para usar el material que se ofrece con este libro es necesario la confirmación de Revista TOG por medio del email miguelrevistatog@yahoo.es y la referencia obligada del libro y de Revista TOG.

Revista TOG mantiene todos los derechos sobre este libro, para cualquier utilización de sus contenidos, tiene que haber permiso expreso de Revista TOG (por medio del mail miguelrevistatog@yahoo.es) La Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales es la editora de Revista TOG. La idea principal de TOG, mas allá de la Asociación Profesional de la que parta, es conseguir unificar criterios científicos y aunar al mayor número posible de profesionales y ciencias afines, que se sientan identificados con la publicación. Rev. TOG intenta ser un puente entre los profesionales de América Latina y del resto del mundo con los profesionales que residen en España. Rev. TOG intenta tener un cuerpo estructural y metodológico concreto para poder ofrecer a sus lectores un rigor científico, convirtiéndose así en una más de las fuentes de conocimiento actual.

Componentes de Junta directiva de APGTO

Presidenta

Dña. Nereida Canosa Domínguez

Vicepresidenta

Dña. Raquel Feal González

Secretaria y Tesorera

Dña. Cristina Novo Díaz

Vicesecretaria y Tesorera

Dña. Minia Pardo

Vocales

Dña. Lorena Pier García.
D. Jesús López Otero

Componentes de Revista TOG

www.revistatog.com

Director de TOG

D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Secretaria

Dña. Marta Blanco Vila.

Comité Redactor

Dña. Nereida Canosa Domínguez.
Dña. Lina Mallón Cabanzo.

Comité Asesor

Dña. Uxia Gutiérrez Couto.
Dña. Azucena Blanco Pérez.
Dña. Beatriz Casal Acción.

Comité de Difusión de TOG

Dña. Lucía Vilanova Trillo
Dña. Aloia Lema Tilve
Dña. Silvie Christinat Souto.
Dña. Tamara Ferrer Lasanta.
Dña. Paula Pérez.

Comité de Estilo

Dña. Ana Calvo Ferrer.
Dña. Teresa Mejuto Martí.

Equipo de Traducción

Dña. Cristina Gutiérrez Borge
Dña. Patricia de la Fuente López
Dña. Tania Colias Sebastián
Dña. Mar Crespo Bustos
Dña. Ana Losa Rincón
Dña. Verónica Varela Domínguez
Dña. Vanesa Suárez López
Dña. Lucía Outeiral Barbazán
Dña. María Pais Abejón
D. Jesús Mosquera Fontes
Dña. María Jesús Viña
Dña. Laura Maciñeiras Regueiro
Dña. Beatriz Abril Candiera

Web Master.

D. Eladio Fernández Barrigüete

Comité de Honor

Dña. Suzanne Peloquin.
D. Gary Kielhofner.
Dña. Ann Wilcock
Dña. Christine Chapparo
Dña. Judy Ranka
Dña. María Jose Román.
Dña. Alicia Chapinal.
Dña. Ana Fons.

Comité Científico Nacional

Dña. Adriana Ávila Álvarez.
D. Pablo Cantero Garlito.
Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.
Dña. Nuria García Gonzalo.
Dña. Pilar García Margallo
D. Pedro Moruno Miralles.
Dña. Emilia Navarrón Cuevas.
Dña. Cecilia Ruiz Montero.
Dña. Teresa Sánchez Mozo.
D. Salvador Simo Algado.
Dña. Dulce Romero Ayuso.
Dña. Inés Viana Moldes
D. Luis María Berrueta Maezto
D. Jose Ramon Bellido Mainar

Comité Científico Internacional

Dña. Eva Beatriz Carbone.
Dña. Lilitana Paganizzi.
Dña. Claudia Marcela Roza Reyes.
Dña. Andrea Monzón

Componentes del Comité Organizador del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional

Dña. María José García López
Dña. Elena de La Cruz Belvis
D. Daniel Emeric Méaulle
D. Alberto León Collado
Dña. Isabel Sánchez Sáez
Dña. Vanessa Millán Garcí
Dña. Fuensanta García Martí
Dña. Sonia de Lama Pérez
Dña. María González Cano
Dña. María Jesús Velasco Pérez
Dña. Lara Gutiérrez Lavín
Dña. María González Domínguez

Carta de la presidenta de la Asociación Profesional Gallega de Terapia Ocupacional. (editora de Revista TOG)

Coruña 21 de Diciembre 2007

Estimados lectores, este nuevo suplemento de Revista TOG es una realidad. Con este ya van tres y esperamos que no sean los últimos. Una revista que está creciendo con la enorme colaboración de los profesionales de la Terapia Ocupacional que ofrecen su trabajo y sus aportaciones teóricas para ser publicadas en Revista TOG.

Con estas palabras quisiera agradecer el esfuerzo realizado a los compiladores de esta edición y a todos los participantes en la misma, incluyendo también a los diferentes comités de Revista TOG que participaron en su elaboración.

Mi mas sincera felicitación por el trabajo bien realizado y espero que en sucesivos eventos de este tipo podamos colaborar publicando los documentos que conformarían las actas de dichos congresos.

Revista TOG apuesta por estos proyectos que son la estructura de la realidad teórica de nuestra disciplina y que facilitan que nuestro compromiso con la profesión y nuestra identidad profesional se fortalezcan.

Un gran saludo

Nereida Canosa Domínguez.
Presidenta de la APGTO

Miguel Ángel Talavera Valverde.
Director de Revista TOG.

www.revistatog.com

ÍNDICE_

Índice de Temas y Autores_

INTRODUCCIÓN CARTA DE PRESENTACIÓN

Dña. María José García López; Dña. Elena de La Cruz Belvis; D. Daniel Emeric Méaulle; D. Alberto León Collado; Dña. Isabel Sánchez Sáez; Dña. Vanessa Millán Garcí; Dña. Fuensanta García Martí; Dña. Sonia de Lama Pérez; Dña. María González Cano; Dña. María Jesús Velasco Pérez; Dña. Lara Gutiérrez Lavín; Dña. María González Domínguez. Miembros del Comité Científico y Organizador.

PRÓLOGO

D. Sergio Santos del Riego; D. Salvador Simó Algado y Dña. Begoña Polonio López.

PREFACIO

Celebrando el 90 aniversario de la TO.
D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Terapia Ocupacional en el ámbito escolar.

Dña. Beatriz Matesanz García.

Intervención del Terapia Ocupacional en la unidad de neonatos.

Dña. Nuria Máximo Bocanegra.

Atención temprana y deficiencia visual.

Dña. Rosa Lucerga Revuelta.

Dependencia en el ámbito residencial. Programa de Autonomía y Actividades de la Vida Diaria en Geriatría.

Dña. Katya López Hernández y Dña. Tamara De la Antonia López.

Esclerosis Múltiple en un equipo interdisciplinar: actuación conjunta Terapia ocupacional – Fisioterapia.

Dña. Esther Lamela Rodríguez; Dña. Yolanda Carretero Serrano y Dña. Beatriz Muñoz García.

Terapia Ocupacional en el Síndrome del Túnel Carpiano.

Dña. Consuelo Torcal Laguna.

Intervención del Terapeuta Ocupacional con población drogodependiente.

Dña. María del carmen Colomer Rodríguez.

Análisis del desempeño ocupacional de las mujeres afectadas por VIH/SIDA en la comunidad de Houndé, Burkina Faso.

Dña. Inma Zango Martín.

Autoempleo en Terapia Ocupacional: creación de un centro de día.

Dña. Catalina Hoffmann Muñoz-Seca.

Investigación en Terapia Ocupacional.

D. Pedro Moruno Miralles.

Intervención domiciliaria del Terapia Ocupacional.

Dña. María José Orduña Bañón.

Terapia Ocupacional en la demencia frontotemporal.

Dña. María González Sobrinos.

Terapia Ocupacional en el accidente cerebrovascular.

Dña. Ana María Domingo García y Dña. Isabel Fernández González.

Deficiencia visual en tercera edad.

Dña. María José García López.

¿Qué ocurre después de un Traumatismo Craneo-Encefálico? "Fase de despertar del coma".

Dña. Susanna Morón Casellas.

El compromiso de la Revista TOG con la profesión.

D. Miguel Ángel Talavera Valverde; Dña. Nereida Canosa Domínguez; Dña. Uxia Gutiérrez Couto y Dña. Marta Blanco Vila.

Las actitudes hacia las personas con discapacidad y su influencia en situaciones de vulnerabilidad social.

Dña. Rocio Valsera Prieto.

Formación Universitaria del Terapeuta Ocupacional coordinada y dirigida por el Terapeuta Ocupacional.

Dña. M^aPilar Bonet Espinosa y Dña. Miriam Gallego Martínez.

Intervención del Terapeuta Ocupacional en artritis reumatoide.

D. Héctor García López.

Enfermedad de Dupuytren.

Dña. Lucía Ortín Ciller y D. Rafael Mira Melgarejo.

Intervención del terapeuta ocupacional en paciente con lesión medular

D. Rafael Mira Melgarejo.

Un día en su lugar.

Dña. María del Carmen Barriga Fernández; Dña. Sara Jaramillo Pineda y Dña. Anabel Sánchez Santos.

La comunicación con un niño autista a través de la actividad.

Dña. Sara Jaramillo Pineda; Dña. Mónica González Puerto; Dña. María del Carmen Barriga Fernández y Dña. Anabel Sánchez Santos.

Intervención del Terapeuta Ocupacional en la esquizofrenia.

Dña. Fátima Rostom Ajlani.

Intervención del Terapeuta Ocupacional en situaciones de maltrato al anciano.

Dña. Ana Cristina Martínez Navarro; Dña. Elena M^a Pérez Muñoz y Dña. M^a Ángeles Juan Azorín.

Seguimiento domiciliario del Terapeuta Ocupacional en Salud Mental.

Dña. Laura Manresa Lisón y Dña. María Palacios Vela.

Perfil del estudiante de Terapia Ocupacional.

Dña. Lucía Carrión Monrabal; Dña. Anna Santandreu García y Dña. Elena Sanz Carrillo.

TDHA Una visión diferente.

D. David Lucas-Torres Zaragoza.

Grado de conocimiento de la terapia ocupacional en el ámbito educativo de Málaga.

Dña. María del Mar Velasco Ruiz; D. Jaime Martín Martín; Dña. Margarita García García y Dña. Almudena Fernández.

Los padres de un niño autista.

Dña. Ana María Medina Ortega.

Evolución de la revista de Terapia Ocupacional Galicia. Revista TOG.

D. Miguel Ángel Talavera Valverde y Dña. Nereida Canosa Domínguez.

Crónica y evaluación del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Dña. María José García López; Dña. Elena de La Cruz Belvis; D. Daniel Emeric Méaulle; D. Alberto León Collado; Dña. Isabel Sánchez Sáez; Dña. Vanessa Millán Garcí; Dña. Fuensanta García Martí; Dña. Sonia de Lama Pérez; Dña. María González Cano; Dña. María Jesús Velasco Pérez; Dña. Lara Gutiérrez Lavín; Dña. María González Domínguez. Miembros del Comité Científico y Organizador.

INTRODUCCIÓN

Carta de presentación del Comité Científico y Organizador del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional

Dña. María José García López
Dña. Elena de la Cruz Belvis
D. Daniel Emeric Méaulle.
D. Alberto León Collado.
Dña. Isabel Sánchez Sáez
Dña. Vanesa Millán García.
Dña. Sonia de Lama Pérez
Dña. Fuensanta García Martín
Dña. María Jesús Velasco Pérez
Dña. María González Cano.
Dña. María González Domínguez.

Miembros del Comité Científico y Organizador del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V. et al.: Introducción: carta de presentación del Comité Científico y Organizador del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V. et al. Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.7-9 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

El Comité Científico y Organizador del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional desea, en primer lugar, agradecer a todos

los estudiantes y profesionales que, desde diferentes puntos de España, asistieron al Congreso para compartir con nosotros el espíritu de desarrollo y actualización de nuestra Disciplina. Queremos agradecer también a la Revista TOG la oportunidad que nos brinda para que los trabajos expuestos durante los días 2 y 3 de Marzo de 2007 alcancen una mayor difusión. Esperamos que los contenidos de este Suplemento cumplan vuestras mejores expectativas, y que haga rememorar lo vivido durante el Congreso a todos los que pudieron asistir.

Desde que, hace algo más de un año, la Universidad Complutense recogiera el testigo cedido por la Universidad Católica de Valencia, los alumnos que integran este Comité se volcaron en llevar a cabo lo mejor posible su labor, tratando de tener presentes siempre a los estudiantes y haciéndoles partícipes de nuestras decisiones en todo momento ya que, considerábamos fundamental, que este Congreso fuese diseñado por y para los alumnos de Terapia Ocupacional intentando dar respuesta a sus necesidades e inquietudes, y aglutinando, en la medida posible, al colectivo estudiantil de la Terapia Ocupacional continuando la línea de unidad comenzada en ediciones anteriores de este Evento.

No negaremos que llevar a cabo este Congreso fue una tarea dura, que exigió el esfuerzo desinteresado y anónimo de muchos compañeros, pero sin duda los resultados obtenidos fueron gratificantes, y hacen que recomendemos esta experiencia a todos los estudiantes de otras Universidades que estén

interesados en continuar con esta labor, llevando a su Universidad el Congreso en ediciones futuras y contribuyendo a demostrar que los estudiantes de Terapia Ocupacional no sólo podemos ser agentes activos en el diseño de nuestra Disciplina, sino que debemos ser el motor que dinamice la vida profesional e institucional de la Terapia Ocupacional

No nos gustaría concluir esta presentación sin agradecer, en primer lugar, a la Facultad de Medicina por acogernos y colaborar en la organización de este Evento, a todos los Ponentes, profesionales o estudiantes, por la ilusión y el entusiasmo con el que acogieron la idea de participar en el Congreso, a todos los Profesionales que han contribuido, de alguna manera, en la realización de este Suplemento, a todas las Entidades patrocinadoras y colaboradoras, y muy especialmente, a todos los estudiantes, de las distintas Universidades de España, que colaboraron incansablemente con este Comité en la difusión de cualquier tipo de información referente al Congreso, sin vuestra ayuda nuestros pasos habrían carecido de sentido y la realización de este Congreso no hubiera sido posible.

PRÓLOGO

La importancia del Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional

D. Sergio Santos del Riego

Presidente CNDEUTO y Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña.

Catedrático E.U., especialista en Medicina Física y Rehabilitación

D. Salvador Simó Algado

Terapeuta Ocupacional.

Profesor de Terapia Ocupacional de la Universitat de Vic

Coordinador del grupo de investigación Ciencia de la Ocupación

Dña. Begoña Polonio López

Terapeuta Ocupacional.

Profesora y Subdirectora en el Centro Universitario de Talavera de la Reina de la Universidad de Castilla La Mancha.

Directora de la colección Panamericana de Terapia Ocupacional

Santos del Riego S.; Simó Algado S.; Polonio López B.: Prólogo: La importancia del Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.10-20 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

La Terapia Ocupacional (TO) española comenzará su tercera etapa histórica en el año 2007, una vez sea promulgado el Real Decreto con las directrices del nuevo Grado de Terapia Ocupacional que, según documentación emitida por los responsables del Ministerio de Educación y Ciencia, será de 240 créditos ECTS (4 años de duración). En el curso 2006-2007, se fomentará la reflexión colectiva y la integración de las competencias profesionales realizadas por la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO) junto con las competencias de la *“European Network Occupational Therapy Higher Education”* (ENOTHE). En 2007-2008, cada centro universitario y el contexto socio-profesional de su entorno podrán implementar el nuevo y específico plan de estudios de Terapia Ocupacional. Así pues y si todo va bien, estaremos dispuestos en 2008-2009 para comenzar con la nueva titulación. En este contexto, el conocimiento de los principios definitorios de la Terapia Ocupacional por los ciudadanos y por los profesionales de salud/sociedad es de gran relevancia para el adecuado desarrollo de esta disciplina. Los ciudadanos son los beneficiarios de la Terapia Ocupacional en la

atención de la discapacidad y de la marginación. Y aunque lo son a título individual, debemos informarles previamente también como colectivo. Los terapeutas ocupacionales en ejercicio, los estudiantes (futuros terapeutas ocupacionales) y los profesores (terapeutas ocupacionales o no) tenemos la obligación de transmitir y acercar a los ciudadanos la esencia de la Terapia Ocupacional, mediante conversaciones privadas, charlas, prensa local y nacional, publicidad, jornadas de puertas abiertas, celebración de patrones festivos, o mejor aún, en un supuesto día nacional de la Terapia Ocupacional en fecha aún por determinar, entre otras herramientas. Sin embargo, la fundamental y enriquecedora comunicación entre los terapeutas ocupacionales y otros profesionales de salud/sociedad, se consigue con métodos diplomáticos de menor proyección social ante los ciudadanos, fundamentalmente con el empleo de la escritura científica (publicaciones) y el uso de la palabra argumentada (comunicaciones/ponencias). Los directivos de Terapia Ocupacional pensamos que hay que incidir especialmente en lo que concierne a las capacidades de comunicación oral en congresos y jornadas de ámbito europeo, latinoamericano y, sobretodo, nacional o autonómico. En este proceso, todos los interesados somos sujetos activos en Terapia Ocupacional, aunque conviene potenciar la destreza del estudiante para hablar en público. No solamente por el hecho de que esta capacidad tenga una valoración social y psicológica positivas, sino fundamentalmente porque consideramos que su valor resulta inestimable desde la perspectiva de la profesión de terapeuta ocupacional y su promoción. Sin embargo, hay una fuerte inhibición cuando se

plantea cualquier tipo de actividad que exija subirse a una tarima. Uno de los problemas que explican esta inhibición es que el espacio del aula está organizado en torno a roles de comportamiento muy estrictos. Generalmente tendemos a organizar actividades en las que el alumno es protagonista a modo de paréntesis perfectamente reglados y controlados, de forma que se opere una breve inversión de papeles, tras la cuál todo vuelve a ser como antes. De ahí la importancia de realizar un congreso periódico anual de estudiantes de Terapia Ocupacional, ya que éste y otros eventos se desarrollan en un espacio neutro desde el punto de vista de la relación profesor/alumno, tiene unas reglas de juego diferentes al aula y los estudiantes también se convierten en protagonistas públicos de la Terapia Ocupacional. Resultará interesante continuar reproduciendo al máximo y con carácter anual el ambiente de los mejores congresos. Sugerimos que se procure cuidar al detalle los aspectos formales y organizativos, respetando la participación rotatoria de cada uno de los 18 centros universitarios nacionales de Terapia Ocupacional. En mi opinión, estas actividades deberán fomentar y facilitar la conformación de delegaciones de alumnos de Terapia Ocupacional "no politizadas" en cada centro universitario y la estructuración de una sólida y consolidada Asociación Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional de España, con voz y con voto. Los congresos de estudiantes son herramientas que actúan promoviendo la Terapia Ocupacional y fomentando un primer nivel de asociacionismo pre-profesional, germen y fuente para los presentes y futuros colegios profesionales, así como para las asociaciones nacional/autonómicas de terapeutas ocupacionales. Además y desde el consenso, estas reuniones pueden permitir el desarrollo de

políticas y procedimientos que favorezcan el impulso y la difusión de la Terapia Ocupacional en el medio social, como p.e., la organización de jornadas de aproximación al público o la realización de un día nacional de Terapia Ocupacional. A título de sugerencia personal, una fecha idónea para esta celebración nacional periódica sería el 15 de Marzo, como homenaje a la creación en 1917 en los Estados Unidos de la *“National Society of the Promotion of Occupational Therapy”* (Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional), considerados como la fecha y el lugar del acto fundacional de la Terapia Ocupacional moderna.

D. Sergio Santos del Riego

Presidente CNDEUTO y Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña.

Catedrático E.U., especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Me piden mi opinión sobre la celebración del *VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional*. La verdad es que voy muy liado, saturado, pero hay peticiones ante las que uno no se puede negar.

No puedo más que mostrar mi satisfacción y alegría por la celebración del mismo, es una verdadera fiesta para la profesión, fiesta en el sentido de celebración, de encuentro importante. Es vital que os vayáis adentrando en la

cultura congresual, en la cultura de aprender a exponer vuestras ideas, a dialogar, a escuchar, a rebatir, a aprender unos de otros.

Se os ha dicho una y otra vez que los estudiantes sois el futuro de la profesión, yo debo deciros que esto es totalmente falso, vosotros ya sois nuestro presente. Vuestras manos ya escriben la narrativa de la historia de la profesión en nuestro país, y me alegra ver que empuñáis la pluma con determinación, con ganas de crear, de construir, de compartir... sí, se trata de una fiesta.

Os escribo desde la complicidad de saberme estudiante, de hecho soy estudiante de doctorado. Ya sabéis que el proceso de estudio se extiende a toda la vida, el famoso *life long learning*, tan propugnado desde la Unión Europea. Siempre hay algo que aprender, por lo cual somos compañeros en este camino.

Tan sólo permitidme que os recuerde el privilegio que tenemos, sólo el 1% de la población mundial tiene acceso a la educación superior. El tener este privilegio, este derecho, conlleva un deber, debemos devolver a la sociedad, a la Humanidad, este don que recibimos: el conocimiento, y el conocimiento es vida. Me explicaré, cuando llegué a los campamentos de refugiados de Bosnia, el conocimiento me permitió desarrollar programas preventivos de salud mental para la comunidad de refugiados, sin ese conocimiento no hubiese podido aportar nada, no hubiese podido crear.

Como dice Pablo Neruda todos nosotros *tenemos una obligación de luz*. Sí, somos herederos de un mundo malherido, si salimos de nuestra burbuja de bienestar, de la torre de marfil de la universidad, veremos que cerca del 25% de la población española vive por debajo del umbral de la pobreza, que vivimos en un mundo donde cada día mueren 40.000 niños por enfermedades evitables y desnutrición, donde millones están condenados a morir por el VIH/SIDA... además Gaia ya siente los efectos del cambio climático... si, tenemos que afrontar grandes desafíos.

La pregunta más importante, que todos nosotros debemos responder es cuál va a ser nuestra aportación a este poema épico que es la vida, que verso trazaremos con nuestras vidas. Un verso que podemos escribir desde un asilo de ancianos, desde un centro de día, desde una cárcel, desde un campamento de refugiados... junto a los verdaderos protagonistas de este viaje a Ítaca que es la terapia ocupacional, las personas con las que tenemos el privilegio de trabajar.

Los congresos como el vuestro son formas de aprender, de reflexionar sobre cómo responder ante el desafío que se nos plantea. Puestos a escribiros, me atrevo a pedir os algunas cosas. Os pido que no reduzcáis el estudio a un mero trámite para pasar exámenes. Os pido que no convirtáis la terapia ocupacional en una profesión para ganar un sueldo a final de mes. Obviamente

los exámenes existen, así como las facturas y las hipotecas, pero también existen las visiones, el ideal de justicia, el deseo que crear una realidad más bella y más justa. Os pido que no seáis mediocres en lo que hagáis, la mediocridad es una plaga que se ha extendido en nuestra sociedad. Como dice un hombre de conocimiento indígena, Demetrio Matías, *en medio de la niebla tenemos que brillar como estrellas*.

Espero que sintáis la misma esperanza que yo siento por nuestra profesión, yo la siento, sobre todo al compartir camino con mis estudiantes, que me hacen creer aun más en la Terapia Ocupacional. Una profesión que aúna el arte con la ciencia, lo que la dota de especial belleza a mi torpe entender, que conjuga el humanismo con la excelencia científica, la terapia centrada en el cliente con la investigación...

No os voy a engañar, si queréis crear, si queréis seguir vuestros sueños, el camino que os espera no será fácil. Por eso iniciativas como este congreso son tan valiosas, os sirven para crecer como profesionales, para tejer redes de personas con las que trabajar y hacer camino.

Tan sólo me resta agradecer el inmenso esfuerzo de todas las personas que han hecho posible este congreso. Felicidades de corazón por esta iniciativa. Como dice el poeta: *Todo está por hacer, pero todo es posible*.

D. Salvador Simó Algado

Terapeuta Ocupacional.

Profesor de Terapia Ocupacional de la Universitat de Vic

Coordinador del grupo de investigación Ciencia de la Ocupación

Siempre resulta una tarea agradable y un motivo de alegría prologar un libro que atañe a nuestra disciplina. Esta sensación es aún más reconfortante cuando en él se recoge el trabajo de muchos terapeutas ocupacionales que desempeñan su labor profesional en diferentes ámbitos de actuación y es, además, el resultado de la iniciativa de los estudiantes de Terapia Ocupacional, futuro inmediato y a largo plazo de nuestra profesión.

En este caso, el VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional reúne a un nutrido grupo de terapeutas ocupacionales con experiencia reconocida en muchos de los campos reconocidos como "clásicos" dentro de la práctica clínica, como por ejemplo, la intervención ocupacional en los diferentes niveles asistenciales gerontológicos, en las patologías de origen físico y mental y en atención a la infancia, hasta algunos que podemos definir como "novedosos", como por ejemplo, el autoempleo en Terapia Ocupacional o el rol del terapeuta ocupacional en los Programas de Cooperación al Desarrollo, pasando por algunos de los temas "calientes" de la actualidad, como el papel

que vamos a desempeñar los terapeutas ocupacionales en la Ley de Dependencia y la evaluación e intervención sobre la misma.

Además de todos los temas anteriores, uno de los subtítulos aglutinantes del Congreso es la investigación que, tan necesaria como prácticamente inexistente en nuestro país, se aborda de un modo transversal en las diferentes ponencias, mesas, comunicaciones orales y pósteres. Sin duda, a los terapeutas ocupacionales nos queda un largo camino por recorrer en este sentido y debemos reconocer que el número de publicaciones científicas de calidad en español con aportaciones novedosas en el campo, es, cuando menos, escaso. Aunque no debe servirnos de excusa, hay que decir que en muchos casos la investigación nos ha estado vedada o se nos ha “puesto difícil”, siendo éste uno de los puntos débiles que debemos mejorar como disciplina. Las reuniones y congresos de este tipo, no cabe duda de que nos animan a mejorar en este aspecto.

Por otro lado, coincidiendo con el 90 aniversario del nacimiento de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (que posteriormente se convertiría en la American Occupational Therapy Association, AOTA), en Estados Unidos, el Congreso ha tenido el acierto de adoptar esta fecha de 2007 como lema y evento unificador de la historia de la disciplina, a partir del cual reflexionar críticamente sobre el papel del terapeuta ocupacional, presente y futuro, como agente activo de salud, autonomía e independencia e igualdad social de los colectivos desfavorecidos o en situación de riesgo.

No quiero finalizar estas palabras sin referirme al enorme trabajo común realizado por parte de todas las personas que han estado detrás, a veces en la sombra, de este VII Congreso de Estudiantes de Terapia Ocupacional, que permite que ahora tengamos entre las manos este Libro de Ponencias. A todos los participantes, a los Comités Científico y Organizador, a los colaboradores y las personas que han hecho posible el evento con su saber hacer y su amabilidad, ¡enhorabuena! El esfuerzo siempre merece la pena y gracias a todas las iniciativas de este tipo, junto con otras no menos valiosas, entre todos vamos ampliando el *corpus* de conocimiento de la Terapia Ocupacional y dirigiendo nuestra profesión hacia la excelencia, lo que nos permite mejorar día a día.

Dña. Begoña Polonio López

Terapeuta Ocupacional.

Profesora y Subdirectora en el Centro Universitario de Talavera de la Reina de la Universidad de Castilla La Mancha.

Directora de la colección Panamericana de Terapia Ocupacional

PREFACIO

Celebrando el Noventa Aniversario de la Terapia Ocupacional

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Director de la Revista TOG.

Talavera Valverde, MA.: Prefacio: Celebrando el Noventa Aniversario de la Terapia Ocupacional. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.22-36p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

NOTHING IS WASTED. (no se pierde nada). Monográfico de historia de terapia ocupacional de REVISTA TOG www.revistatog.com

CELEBRANDO EL 90 ANIVERSARIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Fecha de publicación: 15 de Marzo 2007 en www.revistatog.com

Idiomas de publicación: Castellano e Inglés.

EL SIGNIFICADO DE LA HISTORIA EN NUESTRAS VIDAS.

La vida está llena de encuentros y encrucijadas, de caminos y estancias, de pasos dados, de simples momentos que valen un mundo y momentos cruciales que valen lo que vale el más simple de todos los recuerdos.

Vivir es uno de los mayores placeres, sentir que cada día tienes la posibilidad de hacer o ser algo en el momento en el que decides buscar y comprender: nuestra existencia y nuestra propia vida. En esa búsqueda el hombre, encuentra o se desencuentra con las cosas que más teme y que más ama, pero sin duda alguna crece en su interior una sensación; esa que le hace moverse, que le hace buscar, que de una forma u otra le genera un deseo. Deseo necesario para que al instante siguiente al anterior, siga buscando su destino, aún sin saberlo, o incluso sin buscarlo.

Si hacemos una revisión de nuestra propia historia de vida, de nuestros momentos vitales, seguramente entendamos un poco más que hacemos y por que estamos en el punto en el que nos encontramos. El que busca encuentra, no sin esfuerzo.

Nuestras historias de vida, se encuentran plagadas de recuerdos y situaciones vividas, de muchos "dejavu" y algunos otras sensaciones vividas. En cada momento los caminos abandonados en un momento de nuestra existencia

se vuelven a abrir ante nosotros, volvemos a caminar por sendas que parecían olvidadas.

Estas sendas, generan encrucijadas por donde ya hemos pasado y a la vez nos genera la necesidad de volver a tomar la misma u otras decisiones similares a la anterior, que vuelve a tener el resultado percibido con anterioridad.

La historia nos sitúa en el entorno en el que vivimos, en el contexto donde nos movemos, en el camino de lo que seremos, sin olvidar, que en una ocasión vivimos bajo unas determinadas circunstancias de vida. Estas circunstancias vitales, nos forjan el camino de la decisión, de la responsabilidad de encontrar lo que buscamos o tan siquiera de acercarnos a ello.

Nuestras vidas, lo que hacemos, marca el desarrollo de nuestros actos, de nuestros deseos, de nuestras acciones, de lo que somos, o de lo que posiblemente seremos.

Conocer esa historia, nos abre puertas a lo desconocido que en el fondo somos nosotros, nos cierra criptas a lo pasado y nos devuelve a la cruda realidad de lo que en un momento vuelve a nosotros pensando que estaba resuelto.

Muchas personas buscan en el pasado respuestas a su situación vital, a su respuesta de vida, a su condición vital y a su momento de bienestar. Buscan entre sus recuerdos, entre sus emociones percibidas, entre las sensaciones que

aún perduran en algún rincón de nuestra librería emocional. Se abre por tanto un momento a la consecución de estados de autentica sorpresa al darte cuenta que eso que tienes ya lo tenías pero no eras consciente de ello.

Como un niño busca entre sus pertenencias aquellas que le son conocidas, nosotros buscamos entre nuestros recuerdos aquellos que se acerquen a lo que queremos ser, o quizás a lo que sentimos que podemos ser.

La historia, pasa pero deja huella, la lectura de la misma, nos desvela donde estamos y hacia donde vamos.

La metáfora del tiempo y el espacio, acorde con las sensaciones y experiencias vividas, nos sitúa en el aquí y ahora, intentando dar sentido a nuestra historia en este caso no personal, pero si profesional, que en muchos casos nos lleva a vivirla tal y como si personal fuera.

La ocasión de bucear en los momentos históricos, de abrir puertas cerradas y destapar hechos que marcaron una trayectoria, es una empresa osada. Llena a su vez de cierta emoción, quizás por encontrar esa cripta, o ese camino que nos da la respuesta que estamos buscando, o que quizás tenemos delante de nosotros y no somos capaces de leer.

En definitiva, conocer lo que somos, nos hace más fuertes y sobre todo nos da el conocimiento de por que hacemos. Una de las grandes ventajas si queremos conocer todo nuestro potencial como persona.

NUESTRA HISTORIA COMO TERAPEUTAS OCUPACIONALES

El periódico histórico donde nos encontramos, más que ser una estación de paso, se convierte en un encuentro con nuestro más inmediato pasado.

La convergencia europea en la que nos encontramos inmersos, está levantando grandes cimientos alrededor de una disciplina que se encontraba a la deriva, en busca de una identidad que tenemos delante de nosotros, y que no reconocemos. Tal y como una persona presiente su destino, pero se niega a afrontarlo.

Para entender el momento en el que nos encontramos, tendremos que hacer lo que en palabras de E. Clark, se refiere a un estudio macroscópico. Mirar hacia la historia de nuestra profesión para entender que somos y adonde vamos, implica revisar que fuimos, por que surgimos y sobre todo como llegamos aquí.

Los primeros documentos históricos sobre nuestra disciplina, nos muestra un retazo de nuestra profesión. Nuestros fundadores, sus trajes, sus

ideas, sus momentos vitales y comunitarios, sus entornos más sociales, todo ello visto desde nuestra época, nos trasporta a una idea de lo que intentaban hacer con la Terapia Ocupacional.

Esa misma visión podrían tener ellos, si pudieran contemplar nuestro momento como profesionales, nuestro momento como profesión, nuestras ideas, nuestras ropas, nuestros momentos vitales.

Una cosa es común a los dos, una sola cosa, el nexo que permanece impasible, pero que está en constante evolución, el nexo que hace que la respuesta a la pregunta tan gastada de nuestras bocas tenga respuesta: LA OCUPACIÓN.

Este nexo, lleno de significado y en constante cambio con el tiempo que nos toca vivir, nos da la respuesta tan buscada de nuestro pasado, de nuestros caminos recorridos.

Esos caminos un día olvidados, esos momentos un día cerrados, esas sensaciones un día perdidas. No sería nuevo decir que nuestra principal fuente de crisis somos nosotros, al igual que la mejor vacuna es la ocupación (modificado de E. Clark).

Buscamos, la solución a nuestro momento histórico como profesión en otros lugares, sin realizar una involución hacia nuestros propios orígenes. De

que manera un procedimiento, una idea, un entorno social se repite en el tiempo (tanto cronológico, como vivido).

Es verdad que la época del Tratamiento Moral, de las Artes y Oficios, de las necesidades tras las guerras, marcan un camino, una semilla que crece al amparo de la Terapia Ocupacional y del cual ahora mismo nos alimentamos. Es verdad que los movimientos comunitarios, o el sentido de la vida no es el mismo ahora que hace 90 años. Pero de una manera u otra el nexo anteriormente citado sigue permaneciendo y curiosamente, sigue siendo el denominador común de la historia contada por un Terapeuta Ocupacional.

Pero realizar nuestra profesión sin conocer nuestra propia realidad, nos lleva a una pobreza individual, a una pérdida de lo que podemos llegar a ser, y sobre todo a una limitación en lo que podemos ofrecer. Repetir esos procedimientos "per se", sin ni tan siquiera darles un sentido propio, es lo que nos hace perder nuestra identidad.

El conocido por todos, volver a nuestro paradigma no es más que eso, una necesidad de volver a encontrar nuestras raíces, de volver a nombrar a las cosas por lo que son y lo que deberían ser, de reencontrarnos con nosotros para poder crecer y ser lo que una vez pretendimos ser, Terapeutas Ocupacionales.

NECESIDADES ANTE ESTE MONOGRÁFICO.

A lo largo de este camino, y citando a A. Machado, “. ,caminante no hay camino, se hace camino al andar, al andar se hace camino y al volver la vista a tras se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar...” podemos decir que son muchos los pasos que hemos dado buscando ese primer camino, que son muchos los caminos que fueron apareciendo y que en muchas ocasiones hemos tomado ese, el que nunca se ha de volver a pisar.

Por tanto dentro de la búsqueda de dicho camino estamos. El encuentro con nuestras raíces, al igual que en nuestra vida, siempre viene acompañado de un instante, de un momento. Instante que por su desarrollo, momento que por su situación favorecen que la cosas sucedan. Al igual que sucedió en 1917, al igual que sucedió en ese Marzo, nosotros desde Revista TOG, creemos que es el momento ahora, después de 90 años para volver la vista a tras y ver todo aquello que nos marca como profesionales, que nos hace ser profesionales y sobre todo que no ofrece el recuerdo más visible de lo que en un día quisimos ser.

Cumplir 90 años, es un momento que solo sucede en la vida en una ocasión. Es un momento irrepitible, al igual que este momento que estoy dedicando a escribir este artículo. Muchos momentos podrás parecerse pero ninguno como el de ahora, el que estamos percibiendo y viviendo, el que mueve el deseo, esa percepción necesaria para por de acometer la búsqueda de lo que en un momento de nuestras vidas propició lo que ahora somos.

Revista TOG, al igual que otras entidades, intenta con este monográfico, contribuir a que lo que somos ofrezca un momento de reflexión en nuestra disciplina, un momento de parada ante lo que buscamos y sobre todo un cimiento a lo que seremos. Curiosamente, ahora, nos encontramos en ese momento especial que nos llevará a converger con Europa, un continente que contiene la profesión de Terapia Ocupacional en esencia y que hace de ella el mejor baluarte de su promoción. Y es que, ser Terapeuta Ocupacional, nos genera esa necesidad de saber como ser y no morir en el intento.

Este momento, junto a las inquietudes de conocer y reflexionar sobre nosotros como profesión, nos lleva a la encrucijada de tomar decisiones. Es el momento de tomar como referencia a V. Flank, que desde su experiencia como internado en un campo de concentración nazi en el periodo de la 2ª Guerra Mundial, aprendió a tomar decisiones, dándose cuenta de que las más importantes, no se pueden tomar en momentos convulsos y sin tener claro muchos de los condicionantes de la decisión.

Por ese motivo y siguiendo el esquema de uno de los estudiosos de la Logoterapia, podemos contribuir a reforzar nuestros conocimientos de la historia de nuestra disciplina en un intento de poder darnos una respuesta a que momento nos toca vivir y donde queremos llegar.

CONTENIDOS Y AUTORES.

Para este apartado seguiremos la recomendaciones realizadas por M. Relly (1974), para el desarrollo de la profesión:

1. Una mayor proyección de los resultados obtenidos en el campo de la intervención.
2. La garantía de calidad que ofrece la Terapia Ocupacional debe adaptarse a la vida de los usuarios.
3. La disciplina debe adaptarse a los cambios constantes.
4. La disciplina debe suscribirse a las especializaciones, acreditando de esta forma sus desarrollos científicos.
5. Desarrollar el concepto de salud ocupacional y bienestar personal en personas sanas o que sufran alguna limitación.

Intentaremos recoger el saber ocupacional, de profesionales que en estos momentos coordinados por D. Pedro Moruno Miralles, son, creemos, capaces de realizar uno de los mejores tributos a esta disciplina.

Entre los integrantes del mismo, tenemos capítulos de Dña. Dulce Romero Ayuso; D. Pablo A. Cantero Garlito, del propio D. Pedro Moruno Miralles. Además, a estos autores Españoles, tenemos que sumarle la contribución de D. Gary Kielhofner y Dña. Suzanne Peloquin, que contribuyeron desde el primer momento en este proyecto con sus relatos y sus contenidos.

Gracias al respaldo de la Universidad de la Coruña, Facultad de Ciencias de la Salud, creemos estar en posibilidad de ofrecer, este monográfico traducido al Inglés, lo que supone la mayor proyección de un texto editado en España, y traducido al Inglés en el momento de su difusión.

A todas las personas que apostaron en este patrocinio: D. Jorge Teijeiro, D. Sergio Santos del Riego, Dña. Inés Viana Moldes, y a todos los integrantes de la Diplomatura de Terapia Ocupacional en la Universidad de la Coruña, muchas gracias por esta posibilidad que se brinda al monográfico de Rev. TOG.

PROPUESTA DE INTENCIONES

Nuestra intención con este monográfico, es poder ofrecer una visión histórica de nuestra disciplina, con alto valor para la Terapia Ocupacional, pero con una clara visión de promoción de la disciplina, de los valores que los fundadores mostraron en la fundación de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT) en el año 1917, todo ello en nuestro 90 aniversario.

En palabras de Jonson (1973) citando a E. Clark, "nuestro nombre no es asociado por el público con los servicios que prestamos", por todo ello, desde TOG, queremos por tanto ofrecer la visión de los fundadores, sus inquietudes y su compromiso reflejado en el acta de fundación de la disciplina. Este monográfico es un tributo a George E. Barton, Eleanor Clark Slage, Susan Cox

Jonson, Thomas Bisel Kidner e Isabel G. Newton y a todos aquellos Terapeutas Ocupacionales que durante toda la vida hacen que esta profesión madure y camine con paso firme.

Por otro lado no queremos olvidar, que los fundadores en su momento de creación de la NSPOT, ya hicieron una propuestas de interés para su consecución, reflejándolas en el acta de fundación firmado en Clifton Springs y a las que TOG pretende sumarse, dado el valor que estas presentan, a saber:

1. Desarrollar el valor de la Ocupación como valor terapéutico.
2. Promover el uso de la Terapia Ocupacional y desarrollar los estándares en la clínica y en la educación. Así como desarrollar los beneficios de la ocupación en las personas, intentando generalizar su uso.
3. Fomentar el uso de la Ocupación en la vida, como generador de bienestar personal.

Estos tres valores, como parte importante de nuestro trabajo como Terapeutas Ocupacionales, pasan a convertirse en tres grandes pilares de este monográfico. Siendo por tanto, no solo un monográfico de historia, intentando además que sea una declaración de propuestas para el desarrollo de la disciplina en nuestro país. Una disciplina que conoce su pasado y puede apostar por él, así como puede caminar hacia su futuro más inmediato conociendo lo que en un momento fuimos y respondiéndonos si lo que tenemos ahora es lo que queremos.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión me gustaría citar a Barton G., en quizás una de las versiones menos conocida de su personalidad, en la de compositor. En uno de los libretos de opera compuestos para el Metropolitan Opera de New York, comienza a nombrar lo que supone el despertar de la primavera tras el final del invierno (copia modificada del libreto de G.Barton):

“... el barbecho se llena de sol, engañando al frío de la mañana. Las aguas fluyen al sonido de la música de los pájaros y la mañana brillante ahora sonrío en el cobertizo blanco al dormir de la noche. La vida se da un respiro, la gente, la tierra, el aire. Los animales llegan al campo, las ramas amarillas se transforman en verdes fuertes, robustas, como el desperezar del oso que bosteza con el deseo vivo de volver a dormir. Incluso en ese momento las piedras, se liberan de la helada, del frío de la oscuridad. La alegría llega al valle del que nunca debió de marcharse...”

La búsqueda en todo momento de la luz, de escapar del frío de la oscuridad, fue una constante en la vida de Barton, que tuvo que combatir con la parálisis que en 1914 le afectó a todo el lado izquierdo de su cuerpo.

La explosión de fuerza, el deseo vital y la sensación de bienestar que durante su vida intento buscar, la transmitió a todos los que le rodeaban, y es que Barton fue el impulsor de algo que con el paso del tiempo no solo se

convirtió en una profesión, sino en una necesidad. Sus deseos de competencia personal y su nivel de compromiso le hizo acuñar la frase con la resume un gran concepto en su vida, que recoge el carácter luchador de una persona luchadora, y que extraigo nuevamente del libreto de la primera Opera representada en el Metropolitan Opera de New York:

"Nothing is wasted."(no se pierde nada)

Como profesional, creo que tenemos mucho más que ganar si nos paramos a pensar en lo que fuimos y quienes son nuestros padres profesionales. ¿Perdemos algo por hacerlo?.

Este es un homenaje a los fundadores y todos los profesionales que trabajamos en esta profesión y que creemos en la Terapia Ocupacional como lo hicieron al principio del siglo XX.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ambrosi, E. & Barker, K.: The Profesión´s image, 1917-1925, Part I: OT as represented in the media. AJOT VOL 49 Num 7 Agost 1995 Pag 715-719.
2. Ambrosi, E. & Barker, K.: The Profesión´s image, 1917-1925, Part II: OT as represented by the profession. AJOT VOL 49 Num 8 Sept 1995 Pag 828-832.
3. AOTA. Guidelines for Documentation of Occupational Theraphy (2003). AJOT VOL 57 Num 1 Dic 2003 Pag. 646-649.
4. Creek, J.: A Standard Terminology for Occupational Therapy. BJOT Vol 69 Num 5 May 2006 pag 202-208
5. K. Bing, R.: Occupational Therapy Revisited: A Paraphrastic Journey. AJOT Vol 35 Num 8 agosto 1981 pag 499-518
6. K. Bing, R.: Point of Departure (A play about founding the profession). AJOT Vol 46 Num 1 Jan 1992 pag 27-32.
7. L. Nelson, D.: Why The Profesión Of OT Will Flourish In The 21 Centur. AJOT VOL 51 Num 1 Jan 1997 Pag. 11-24
8. *Machado A.: Soledades y otros poemas. Edit Soledad. 1907*
9. Nixon, J. & Creek, J. Towards a Theory of Practice. BJOT Vol 69 Num 2 Feb 2006 pag 77-81
10. Relly, M.: The Modernization of Occupational Therapy. AJOT Vol 25 Num 5 1971 pag 243-246
11. Varios. La historia del Rock Español. Edit Salvat 1995

PRIMERA MESA DE PONENCIAS

Terapia Ocupacional en el ámbito escolar

D. Beatriz Matesanz García

Terapeuta Ocupacional. Universidad Rey Juan Carlos. Facultad de Ciencias de la Salud.

Matesanz García B.: Terapia Ocupacional en el ámbito escolar. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox 36-61.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/>

RESUMEN

Es en el colegio donde los niños van tanto a adquirir como a poner en práctica toda una serie de habilidades y destrezas que le van a ser útil para ir creando una respuesta acorde y adaptada a las demandas que el entorno va a ir exigiendo. En muchas ocasiones, y no solo en niños con patología específica, la adquisición de estas habilidades no se hace de una forma plena y satisfactoria repercutiendo negativamente en la calidad de las actividades que el niño realice en el entorno escolar. Para intervenir sobre estos problemas el Terapeuta Ocupacional deberá conocer, los métodos necesarios para valorar de una manera exhaustiva todos los componentes que hacen posible la correcta ejecución de cualquier actividad. Los principales y más eficaces métodos de tratamiento y modelos teóricos y por último intervenir en la adaptación del entorno mediante el uso de ayudas técnicas.

PALABRAS CLAVE DEL AUTOR: Terapia Ocupacional, valoración, componente ejecución, neurodesarrollo, integración sensorial, adaptaciones, escritura.

DECS Terapia Ocupacional, evaluaciones, adaptaciones, escritura.

ABSTRACT

It is in school where the children go to gain and put into practice a series of abilities and skills that they will use to create an appropriate response to demands that the environment is going to demand. On many occasions, not only in children with specific pathology, the acquisition of these abilities is not full and satisfactory, impacting negatively on the quality of activities that children perform at school. To intervene these problems the Occupational Therapist will know the methods needed to evaluate in an exhaustive way every component that makes a correct performance of any activity and the main and most efficient way of intervention and theoretical models. Finally, the OT will intervene in the adaptation of the environment by means of the use of technical aids.

KEYWORDS Occupational Therapy, valuation, enforcement component, neurodevelopmental, sensory integration, adaptations, writing.

MESH Occupational Therapy, evaluation, adaptation, writing.

INTRODUCCIÓN. EXIGENCIAS DEL ENTORNO ESCOLAR.

El niño llega a la escuela, entorno en el que desde muy pequeño se le requerirán una serie de habilidades relacionadas con la movilidad funcional como sentarse en grupo, moverse en corro o formar una fila, destrezas manipulativas como agarrar instrumentos para la escritura, colorear , cortar con tijeras o moldear con plastilina, destrezas cognitivas para ser capaces de mantener la atención, memorizar colores, integrar conceptos espaciales, temporales, y destrezas sociales que le permitan pedir ayuda cuando la necesitan, relacionarse y jugar con sus compañeros, desarrollar la capacidad de esperar su turno.

La mayoría de los niños serán capaces de conseguir estas habilidades y muchas más. Sin embargo hay una población de niños que tendrán dificultades para realizarlas con éxito. Son niños con problemas de aprendizaje, término que se refiere a cualquier dificultad que el alumno va a encontrar para seguir el mismo ritmo de aprendizaje del resto del grupo.

Las dificultades en el aprendizaje no siempre están asociadas a problemas cognitivos; dificultades en el mantenimiento del control postural, en la realización de movimientos coordinados del miembro superior o dificultades sensorio-perceptivas, entre otras, pueden repercutir negativamente en la calidad de las actividades que el niño realice en el entorno escolar.

El Terapeuta Ocupacional aporta sus conocimientos para mejorar las habilidades comprometidas del niño y enseñarle estrategias para desarrollar otras compensatorias que le permitan una actuación más competente en el entorno escolar

1. INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL.

1.1. Identificación y valoración de los componentes afectados que interfieren en la funcionalidad del niño.

Este es el punto de partida en la actuación del terapeuta ocupacional: la cuidadosa valoración de todos los componentes que intervienen en el desarrollo de la actividad. Su conocimiento nos permite ser más exhaustivos en la planificación de nuestros objetivos permitiéndonos identificar con mayor precisión las áreas alteradas sobre las que tendremos que incidir en nuestros tratamientos.

Cualquier déficit en alguno de estos componentes va a repercutir directa o indirectamente en los demás, esto nos da una idea de la importancia y necesidad de aplicar tratamientos que no vayan encaminados únicamente hacia un área específica, debemos tener siempre en cuenta las repercusiones que un déficit tendrá sobre el resto de las áreas.

Veamos con detenimiento cada uno de los componentes:

A. Componentes motores.

Relacionados con el mantenimiento del control de la postura en contra de la gravedad, con el desarrollo de posturas y movimientos funcionales, habilidades motoras finas y gruesas así como una coordinación óculo manual que permitan desarrollar con eficacia actividades como el manejo de instrumentos para la escritura o manejo de teclados y pulsadores.

Las áreas susceptibles de valoración y tratamiento en las que el Terapeuta Ocupacional debe centrar su atención en relación a la función del miembro superior son las siguientes:

- ¿Tiene control de tronco y cabeza?
- ¿Cuál es la mano dominante?
- ¿Es capaz de alcanzar el objeto?
- ¿Puede alcanzar por encima de los 90°?
- ¿Es capaz de realizar agarre ¿Es un agarre mantenido?
- ¿Cómo realiza el agarre?
- ¿Es capaz de alcanzar y agarrar al mismo tiempo?
- ¿Aparecen reacciones asociadas cuando agarra?
- ¿Es capaz de llevarse las manos a la boca?.
- ¿Es capaz de transferir un objeto de una mano a otra?

- ¿Es capaz de independizar los dedos?
- ¿Es capaz de oponer el pulgar al resto de los dedos?
- ¿Es capaz de cruzar la línea media?
- ¿Existe coordinación motora bilateral?
- ¿Existe coordinación ojo-mano?
- ¿Realiza una exploración manual?

El control óculomotor se define como la coordinación de la percepción visual y manipulación para convertir la información visual en respuesta motora.

Es el fundamento del desarrollo y refinamiento de la escritura y habilidades gráficas. Cuando el control motor falla afecta a la percepción visual del siguiente modo:

- Estrés visual.
- Incomodidad en el trabajo cercano o trabajo a cortas distancias.
- Cansancio y falta de concentración.
- Dificultades en la lectura y escritura.
- Falta de motivación. Apatía

Las áreas susceptibles de valoración y tratamiento en relación al desarrollo oculomotor son las siguientes:

- ¿Su campo visual está comprometido por su situación postural?
- ¿Disocia los ojos de la cabeza?
- ¿Es capaz de localizar el estímulo?
- ¿Es capaz de mantener el enfoque?
- ¿Realiza seguimientos oculares?

Herramientas de evaluación estandarizadas relacionadas con componentes motores:

1. (BOTMP) Bruininks - Oseretsky Test of Motor Proficiency, (Bruininks,R 1978)
2. Peabody Developmental Motor Scales-2, (Folio and Fewell, 2000).
3. Bayley Scales of Infant Development. (Bayley, 1993).
4. The Erhardt Hand Dysfunction Test. (Erhardt, R, 1982).
5. Miller Assessment of Pre-schoolers (MAP), (Miller, 1988)
6. Toddler and Infant Motor Scale (TIME). (Miller , 1993)

B. Componentes sensorio-perceptivos.

Todas las experiencias motoras se desarrollarán siempre en un continuo feed-back con los sistemas sensoriales táctil, propioceptivo, vestibular y visual principalmente. Las habilidades perceptivas del niño van a depender de:

1. Del buen funcionamiento y calidad de sus órganos receptores.
2. Del buen funcionamiento de su SNC encargado de realizar el proceso de Registro y Modulación de las diferentes sensaciones.
3. De sus oportunidades para desarrollar experiencias en un entorno favorecedor.

Las áreas susceptibles de valoración y tratamiento en las que el Terapeuta Ocupacional debe centrar su atención en relación a las funciones relacionadas con la visión son las siguientes :

- ¿Muestra algún tipo de respuesta ante los cambios de luz?
- ¿Hay contacto ocular con el terapeuta?
- ¿Percibe luces intensas en la oscuridad?
- ¿Reconoce los objetos familiares?
- ¿Diferencia las partes/ el todo?
- ¿Es capaz de percibir el color?
- Coordinación ojo mano. Es la coordinación de la percepción visual y la manipulación para convertir la información visual en una respuesta motora. Es el fundamento del desarrollo y refinamiento de la escritura y habilidades gráficas.
- Cierre visual. Dificultad para identificar formas y objetos cuando se presentan incompletos. Está muy ligado a habilidades cognitivas y de formación de conceptos. Se necesita para la fluencia y velocidad de la escritura y lectura.

- Discriminación figura fondo. Dificultad para reconocer un estímulo frente a otros estímulos competitivos. Habilidad para interpretar información relevante de un entorno que contiene otros elementos / imágenes de distracción irrelevantes.
- Constancia de la forma. La constancia de la forma nos permite reconocer formas y objetos iguales en diferentes contextos, posiciones y tamaños. Es importante para conseguir otras habilidades como la memoria visual, figura-fondo y discriminación visual.
- ¿Discrimina objetos en 2 y 3 D?
- Relaciones viso espaciales. Se refiere a la información sobre la posición de dos o más objetos en relación con uno mismo y con ellos mismos.
- Memoria Visual. Se refiere a la habilidad para recordar lo que se ha visto así como las imágenes visuales de objetos, formas, símbolos y movimientos. Es muy importante para la adquisición de la lectura
- Integración visomotora. El sistema visual consta de dos órganos receptores que se coordinan para obtener y transmitir una imagen unificada y clara a través de los nervios ópticos y hasta el cortex visual. Unido a los sistemas táctil y propioceptivo se obtiene información espacial que permite un control motor y postural del cuerpo eficiente y correcto

B.2. Tacto.

Es nuestro lenguaje inicial y el primer sistema que se desarrolla en el útero. Los receptores táctiles están en la piel, músculos y articulaciones. Cuando el niño toca obtiene una información que le guía en su exploración del mundo externo. Un buen desarrollo táctil permitirá al niño tener una buena conciencia de sí mismo ya que las sensaciones de la piel le dicen dónde empieza y termina su cuerpo, le ayudará a desarrollar la discriminación táctil y le brindará la posibilidad de desarrollar preferencias táctiles. Además el toque social le ayudará a promover lazos sociales, el acercamiento con los otros y le dará seguridad emocional.

El tacto va a tener una gran influencia sobre el desarrollo motor grueso y fino, en la cognición y en el desarrollo socio-emocional.

Las áreas susceptibles de valoración y tratamiento en las que el Terapeuta Ocupacional debe centrar su atención en relación a las funciones táctiles son las siguientes:

- Conciencia del toque
- Localización del estímulo táctil. Saber dónde ha sido tocado exactamente.
- Doble estimulación táctil.
- Discriminación de los objetos por el tacto
- Estereognosia. Reconoce objetos y texturas al tacto en ausencia de la

visión.

- Disociación de los dedos. Diferenciar un dedo de otro.
- Reacción ante diferentes texturas.
- Preferencias táctiles marcadas.
- Rechaza el contacto con algún tipo de textura
- Nocicepción. Discriminación del dolor.

B.3. Propiocepción / kinestesia.

El sistema propioceptivo informa al cerebro de cómo y cuándo se contraen los músculos y de cómo se flexionan y extienden las articulaciones ayudándonos así a conocer la posición y el movimiento propios. Nos ayuda, además, a integrar la información táctil y vestibular, es fundamental para el desarrollo del esquema corporal y la planificación motora.

La integración de los estímulos táctiles y propioceptivos va a permitir el desarrollo de respuestas de enderezamiento, la realización de verdaderas transferencias del peso corporal, el desarrollo de la función de la mano y un buen control motor oral.

Las áreas susceptibles de valoración y tratamiento en las que el Terapeuta Ocupacional debe centrar su atención en relación a las funciones propioceptivas son las siguientes:

- ¿Es consciente de la pérdida de control postural?
- ¿Cómo responde a la facilitación del movimiento?
- ¿Tiene conciencia de las partes de su cuerpo?
- ¿Se mantiene en apoyo de forma prolongada?
- ¿Reconoce la posición en la que se encuentra?
- ¿Responde con facilidad a la facilitación?
- ¿Tiene conciencia de las partes de su cuerpo?
- ¿Busca continuamente estimulación propioceptiva?
- ¿Siente preferencia por determinados juguetes?
- ¿Busca continuamente donde apoyarse?
- ¿Es capaz de reproducir un movimiento?

B.4. Vestibular:

El sistema vestibular cumple las siguientes funciones:

Se encarga de la sensación del movimiento y de la fuerza de la gravedad en relación con el equilibrio y la movilidad. Gracias a su desarrollo el niño puede realizar ajustes posturales, desarrollar el equilibrio y adaptarse a los cambios de movimiento.

Nos permite procesar la información sobre gravedad y movimiento en conjunto

con el sistema propioceptivo y visual. Su acción tendrá influencia sobre las respuestas emocionales, sobre las respuestas motoras y contribuye al desarrollo del lenguaje y del control motor ocular.

Las áreas susceptibles de valoración y tratamiento en las que el Terapeuta Ocupacional debe centrar su atención en relación a las Funciones vestibulares son las siguientes

- ¿Responde con temor al cambio de su centro de gravedad?
- ¿Es capaz de responder con ajustes posturales a cambios en relación a la gravedad y movimiento?
- ¿Es capaz de iniciar el movimiento?
- ¿Siente deseos de moverse?

En la evaluación de estos aspectos son de utilidad las siguientes herramientas de evaluación estandarizadas:

- 1) Developmental Test of Visual-Motor Integration, (Beery y Buktenica, 1989).
- 2) Sensory Integration and Praxis Test (Ayres, 1989)
- 3) The Sensory Profile, (Dunn, 1999).
- 4) Beery Developmental Test of visual Motor Integration ,third revision, (Beery KE 1989).

5) Motor-Free Visual Perception Test, (Colarusso, RP & Hammil,1983)

C. Componentes cognitivos.

Cuando hablamos de componentes cognitivos nos referimos a la capacidad del niño para:

- mantener y dirigir la atención.
- desarrollar la memoria,
- desarrollar habilidades de organización y secuenciación,
- resolución de problemas, etc.

Estos componentes tienen mucho que ver con los componentes motores así como con los sensorio perceptivos ya que la atención está muy relacionada con el control motor y la estabilidad postural.

LA ESTABILIDAD Y EL CONTROL QUE TENEMOS SOBRE LA POSICIÓN DE NUESTRO CUERPO Y MOVIMIENTOS ASÍ COMO EL CONTROL QUE EJERCITAMOS PARA ADAPTARNOS A NUESTRO ENTORNO TIENE UN IMPACTO ENORME EN NUESTRA CAPACIDAD PARA EL APRENDIZAJE.

D. Componentes psicosociales.

La autoestima, confianza en sí mismo y el desarrollo de habilidades sociales que le permitan al niño comunicarse de manera eficiente y comprender diferentes contextos serán fundamentales para el bienestar emocional del niño. Todo ello está absolutamente relacionado con los componentes anteriores.

2.2 Identificar cómo la ausencia/ alteración de ese componente/ patrón afecta a la función. Ej: utilización de patrones compensatorios como la hiperextensión de cabeza y acortamiento de la nuca.

2.3 Adquisición de patrones ausentes/alterados y búsqueda de patrones alternativos.

En todo este proceso se hace necesaria la aplicación de diferentes métodos de intervención de entre los que por su aplicabilidad en la actualidad en el área infantil me gustaría destacar los siguientes:

1. Neurodesarrollo. El Concepto Bobath capacita al terapeuta ocupacional para desarrollar las siguientes funciones:

El concepto Bobath permite al Terapeuta Ocupacional:

- Valorar e interpretar la influencia del tono anormal en la eficacia del desempeño ocupacional y viceversa, entender la influencia de cada ocupación en el tono postural.
- Comprender la importancia del control proximal como requisito para conseguir la función distal.
- Saber influenciar con nuestro manejo en el tono postural del niño.

2. Teoría de Integración Sensorial.

Integración sensorial es el proceso neurológico que organiza las sensaciones del propio cuerpo y del entorno, y que hace posible utilizar el cuerpo efectivamente en un contexto dado. (Jean Ayres 1972).

La teoría de la Integración Sensorial se fundamenta en:

- 1 El aprendizaje depende de la capacidad del individuo de procesar sensaciones del movimiento propio y del entorno así como de usarlas para planificar y organizar el comportamiento
- 2 Las personas con una capacidad de procesamiento reducida presentan dificultad para producir acciones apropiadas o para aprender.
- 3 Incrementando las experiencias sensoriales en actividades significativas conseguimos una interacción adaptativa mejorando así la habilidad de procesamiento y el aprendizaje.

El niño con problemas de la disfunción de la integración sensorial presenta déficits en estas áreas:

- disfunción de la praxis.
- trastornos de modulación sensorial.
 - Hiperrespuestas
 - Defensividad táctil
 - Inseguridad gravitatoria
 - Hiporrespuestas
 - Trastornos de discriminación perceptivos, visuales y táctiles.

2.4 Valoración y diseño de ayudas técnicas y adaptaciones.

La utilización de material adaptado exige al terapeuta ocupacional una valoración previa muy detallada de todos los componentes que intervienen en la actividad con el fin de posibilitar un desempeño efectivo. Por efectivo se entiende aquella actuación que no demande al niño un esfuerzo innecesario (que se traduzca en un aumento de tono), que no contribuya al refuerzo de la utilización de patrones compensatorios anormales y que no supongan una demanda cognitiva para la cual el niño no esté preparado llevándole a la frustración.

Además deberemos tener siempre en cuenta el contexto social y familiar del niño a la hora de la elección de la ayuda técnica o adaptación.

El entrenamiento de la adaptación se realizará siempre en el contexto real. Una vez realizada la adaptación será necesaria una supervisión continua con el fin de garantizar su efectividad. En este aspecto el resto del equipo profesional se convierte en colaboradores importantes a la hora de darnos un feedback continuo sobre la eficacia de la adaptación / ayuda técnica elegida.

El terapeuta ocupacional tras valorar la utilización de una ayuda específica deberá entrenar al niño en la correcta utilización de dicha ayuda, eligiendo, siempre que sea posible, el contexto real de dicha actividad.

Además indicará a la familia y otros profesionales involucrados en dicha actividad las pautas necesarias para que la actividad se siga realizando correctamente en los diferentes entornos del niño, ya sea su casa, la escuela, o las clases extraescolares.

Las adaptaciones más frecuentes realizadas por el terapeuta ocupacional en el espacio escolar son las siguientes:

A. Adaptación del entorno: donde tendrán lugar las diferentes actividades. Tendremos en cuenta la ubicación de la mesa teniendo en cuenta factores como la propia patología del niño, la fuente de luz,

colocación de la pizarra, etc. En cuanto al entorno escolar el centro deberá contar con unos requisitos mínimos en cuanto a la supresión de barreras arquitectónicas con la colocación de rampas para salvar los posibles desniveles, ampliación de pasillos que permitan la circulación de sillas de paseo, ascensores, etc. así como las señalizaciones visuales y acústicas necesarias en aquellos casos de niños con problemas perceptivos visuales y auditivos.

En el comedor valoramos la utilización de platos, cubiertos y vasos adaptados con el fin de conseguir la máxima autonomía en el proceso de la autoalimentación. Para ello deberán ser tenidos en cuenta factores tanto posturales como otros relacionados con las características propias de los objetos (grado de inclinación del mango de una cuchara, volumen, tipo de textura, peso, tamaño, etc.).

En el cuarto de baño valoramos la utilización de adaptadores de WC, de barras y asideros que faciliten las transferencias y proporcionen seguridad al niño, adaptamos la altura de colocación de los espejos, del papel higiénico, de los dispositivos dispensadores de jabón, adaptamos cepillos de dientes y peines etc.

B. Adaptación del material pedagógico: ampliación de láminas de trabajo, imantación de diferentes materiales, adaptaciones de material

de escritura como lapiceros, rotuladores, pinceles, etc. valoramos la colocación del papel de trabajo en el tablero, utilización y adaptaciones de atriles y cuñas, etc.

Los ordenadores van a exigir una continua adaptación, no sólo con respecto a su colocación en cuanto a la altura y distancia de la pantalla y ordenador con respecto al niño, sino con respecto al teclado ya que su manejo exige unos requisitos motores relacionados con una buena coordinación óculomotora, habilidad para cruzar la línea media, así como coordinación ojo-mano.

Además exige unos requisitos perceptivo visuales relacionados con la agudeza visual, capacidad para discriminar la figura del fondo, tiempo de permanencia del enfoque, y barrido visual, todos estos requisitos deberán ser trabajados por el terapeuta ocupacional previamente para que el niño sea capaz de utilizar de forma exitosa esta herramienta. Cuando el niño no sea candidato a la utilización del teclado valoramos el uso de ratones y cualquier otro dispositivo que permita el acceso a esta herramienta de trabajo.

C. Adaptación del equipo postural.

Las mesas de trabajo requieren continuas adaptaciones en cuanto a la

altura, ángulo de inclinación de los tableros, medidas de las escotaduras, tipo de textura del tablero, colocación de agarradores en los tableros de la mesa, etc. Las sillas del aula también necesitan ser adaptadas con el fin de ofrecer al niño la estabilidad proximal necesaria para el desarrollo de actividades manipulativas. Para ello podemos utilizar cinchas pélvicas, topes pélvicos y de tronco, controles de cabeza, etc. que ofrezcan al niño el control postural necesario para facilitar la función del miembro superior.

El resto del equipamiento postural del tipo plano inclinado, planos laterales, bipedestadores demandarán al terapeuta ocupacional igualmente una continua valoración y adaptación para su buen uso.

D. Adaptación del material lúdico:

El juego es una actividad fundamental en la vida diaria del niño, todos conocemos los beneficios que aporta al niño en su desarrollo sensoriomotor, emocional, cognitivo y social. Si tenemos en cuenta que el juego siempre debe llevar implícito la motivación y la gratificación vemos cómo el terapeuta ocupacional se enfrenta a uno de sus roles más importantes en su trabajo con el niño: la elección del juguete.

Para ello debemos tener siempre en cuenta las capacidades

sensorio-perceptivas, motoras y cognitivas del niño, así como sus gustos y motivaciones. Sirva como ejemplo la imagen de un niño con problemas perceptivo-visuales frustrado ante la demanda de un puzzle en el que la discriminación de las figuras principales con respecto al fondo son apenas perceptibles. Estas dificultades implican la necesidad constante de adaptaciones del juego/ juguete, segundo rol importante del terapeuta ocupacional en este área.

Las Adaptaciones que realizamos pueden ir desde aumentar el tamaño del tablero de un juego de mesa como la oca, engrosar las asas y mangos de un juego de cocina para facilitar el agarre o conectar un pulsador a un juguete eléctrico para que el niño lo pueda poner en funcionamiento.

2.6. Valoración y correcta utilización del equipo postural para el mantenimiento del control postural.

El control de la postura es un requisito indispensable para la integración de los diferentes aprendizajes. Una buena situación postural aporta al niño los siguientes beneficios:

- 1) Favorece la normalización del tono cuando está alterado.
- 2) Favorece el alineamiento y la simetría, situación que ayuda a

prevenir el desarrollo de contracturas y deformidades.

- 3) Favorece la adquisición y desarrollo de la conciencia corporal.
- 4) Favorece el mantenimiento de la atención. Una postura cómoda y estable nos facilita mantener y dirigir la atención a las diferentes fuentes de estímulos.
- 5) Favorece el control cefálico y con ello el buen desarrollo del enfoque y seguimientos visuales.
- 6) Permite una actuación más coordinada del miembro superior, ya que la estabilidad proximal facilita el desarrollo de movimientos más disociados.
- 7) Permite una correcta puesta en carga y favorece las transferencias de peso.

Teniendo en cuenta lo anterior el terapeuta ocupacional diseña un programa postural específico para cada niño teniendo en cuenta sus necesidades particulares en la realización de cada una de las actividades de la vida diaria.

PUNTOS A TENER EN CUENTA PARA UNA CORRECTA SEDESTACION.

- Pelvis estable.
- Superficie estable (dureza, fondo del asiento, superficie de apoyo).

- Distribuir la presión de modo uniforme.
- Estabilidad y simetría del tronco
- Altura de los reposabrazos.
- Control de la cabeza.
- Extremidades inferiores:
 1. Abducción fisiológica
 2. Alineamiento normal
 3. 90° en rodillas
 4. Altura del reposapiés

2.7. Desarrollo de los prerrequisitos para la escritura.

- 1) Control postural / Posicionamiento.
- 2) Estabilidad proximal y en la cintura escapular.
- 3) Movimiento amplio del hombro.
- 4) Movimientos disociados del miembro superior.
- 5) Buen desarrollo de habilidades manipulativas que incluyen:
supinación, estabilidad de la muñeca, pinza funcional,
independencia de los dedos, y modulación del agarre, entre otros.
- 6) Habilidades de coordinación motora bilaterales.
- 7) Desarrollo de la dominancia manual.
- 8) Cruzar la línea media del cuerpo.

- 9) Buenas sensaciones táctiles y propioceptivas.
- 10) Buena percepción visual.
- 11) Buena coordinación óculo-manual.
- 12) Nivel de atención adecuado.
- 13) Buena planificación motora.
- 14) Buen desarrollo de conceptos espaciales.

En general la escritura requiere de la integración de estímulos visuales, propioceptivos, motores y auditivos.

Además, necesita una buena combinación de la coordinación motora gruesa y fina con la direccionalidad, todo ello reforzado por la memoria propioceptiva y el recuerdo visual y auditivo.

2.8. Proporcionar pautas y orientar al resto del equipo y familiares.

El terapeuta ocupacional proporciona pautas acerca del manejo del niño, de la utilización de las adaptaciones y ayudas técnicas, y sobre todos aquellos aspectos relacionados con la mejora de la autonomía del niño en las diferentes áreas ocupacionales.

En general el terapeuta ocupacional atiende todas las necesidades y carencias que en el entorno escolar dificulten o imposibiliten al niño ser independiente en su desempeño ocupacional.

Un conocido proverbio chino nos permite identificarnos con la filosofía del terapeuta ocupacional: "Dale a un hombre un pez y lo alimentarás por un día, enséñale a pescar y lo alimentarás para toda la vida". Si me lo permiten propongo una adaptación " Dale a un hombre un pez y lo alimentarás por un día, dale los "componentes necesarios" para que pueda pescarlo independientemente y lo alimentarás para toda la vida".

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Bobath K. Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. Ed. Médica Panamericana. 1976.
2. Blanche E I, Botticelli T M, Hallway M K. Combining neurodevelopmental treatment and sensory integration principles: an approach to paedriatic therapy. Therapy Skill Builders. 1995.
3. Bly L, Motor skills acquisition in the first year. Therapy Skill Builders. Tucson A. 1994.
4. Grieve J. Neuropsychology for occupational therapists. Blackwell Scientific Publications. 1993.
5. Case-Smith J. Occupational Therapy for Children. 4th edition. Mosby, Inc. 2001.
6. Ayres AJ. Sensory Integration and learning disorders. Western Psychological Services. 1972.
7. Ayres A J. Sensory Integration and the Child. Western Psychological Services. 1979.
8. Fisher A.G, Murray E.A., Bundy A.C. Sensory Integration. Theory and Practice. F.A: Davis Company

PRIMERA MESA DE PONENCIAS

Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Unidad de Neonatos

Dña. Nuria Máximo Bocanegra

Terapeuta Ocupacional. Universidad Rey Juan Carlos. Facultad de ciencias de la salud. Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Madrid.

Máximo Bocanegra N.: Intervención del Terapeuta Ocupacional en la unidad de neonatos. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.62-76p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Las altas tasas de mortalidad en las UCIN, crearon la necesidad de introducir en los equipos de atención al neonato, la figura del T.O. Con el avance de la tecnología dichas tasas de mortalidad descendieron en gran medida, evolucionando también la forma de ver al recién nacido pretérmino, basando toda actuación para con el recién nacido en su desarrollo. Las funciones del terapeuta ocupacional se dirigen hacia tres caminos, el bebe, la familia y el ambiente de la UCIN. En España el enfoque de intervención centrado en el desarrollo ni siquiera es unánime y la presencia de terapeutas ocupacionales la podríamos calificarla de simbólica.

PALABRAS CLAVE DEL AUTOR:

Terapia Ocupacional, U.C.I.N., R.N.P.T. desarrollo, canguero, A.V.D., equipo postural, entorno, intervención centrada en la familia.

DECS Terapia Ocupacional, desarrollo personal, Actividades Cotidianas, ambiente.

ABSTRACT

The high rates of mortality in the UCIN (Neonatal Intensive Care Unities), created the need to introduce in the teams of attention to the neonatus, the figure of the O.T. With the advance of technology, the above mentioned rates of mortality descended to a great extent, evolving also the way of seeing the preterm newborn child, basing any performance for with the newborn child in his development. The functions of the occupational therapist are directed towards the baby, the family and the environment of the UCIN. In Spain the approach of intervention centred in the development is not even unanimous and the presence of occupational therapists may be described as symbolic.

KEYWORDS Occupational Therapy, NICU, RNPT Development, babysitter, ADL, postural equipment, environment, family-centered intervention.

MESH Occupational Therapy, Staff Development , Activities of Daily Living , Environment .

INTRODUCCIÓN.

La filosofía y el paradigma de la Terapia Ocupacional (T.O) provee de fundamentos para que esta profesión realice una única y valiosa contribución a la neonatología. La T.O con bebés de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y sus familias es un área de la práctica muy especializada y de alto riesgo. Las características de cada bebé, familia y ambiente hospitalario son únicas por esas razones el terapeuta ocupacional requiere un conocimiento y unas habilidades avanzadas para la práctica en dicho ámbito.

En el año 1960 comenzó la práctica de la T.O en las UCIN, existía una alta tasa de mortalidad sobre todo de los neonatos clínicamente más complejos. Normalmente la actuación de la T.O se centraba en las demandas sobre patologías concretas como parálisis cerebral, síndromes genéticos o patologías ortopédicas.

A partir de los años 80 son notables los avances tecnológicos y la tasa de supervivencia de los neonatos de muy bajo peso aumenta. Comienza la incorporación de nuevos profesionales como los terapeutas ocupacionales (EEUU, Gran Bretaña). Esto también trae consigo que las implicaciones en el desarrollo y las secuelas hayan emergido. Aproximadamente el 50 por ciento de los niños de más bajo peso al nacimiento pueden tener problemas de aprendizaje y comportamiento, problemas motores o de adquisición del lenguaje (Escobar et al, 1991; Allen, 1993; Hack et al, 1995a, 1995 b).

Todo ello se relaciona con el hecho de que el concepto del recién nacido pretérmino (RNPT) ha cambiado a lo largo de los años y por lo tanto condiciona las características de su atención y cuidado. En los años 70, se considera que el RNPT pierde la estimulación de su vida intrauterina (calor, movimiento). Por lo tanto es un deprivado sensorial al que habrá que estimular.

En los años 80, la concepción cambia, se considera que el RNPT no ha terminado el proceso de maduración consistente en la migración de las neuronas de la matriz a la corteza y la posterior arborización dendrítica, por ello son hipersensibles y desorganizados. El bebe estaría por lo tanto, expuesto a una sobrecarga sensorial, que no es capaz de modular e interpretar. Paralelamente empiezan a surgir interrogantes sobre la calidad de la supervivencia (lesiones cerebrales, sensoriales...). Así pues, el enfoque en su cuidado cambia: control de los estímulos, adaptación del medio ambiente, asesorar y solucionar el equipamiento adaptado, todo ello para prevenir o minimizar los riesgos de daños en el desarrollo.

La investigación apoya el concepto de cuidado de apoyo al desarrollo en la UCIN (Als, 1986; VanderBerg, 1990; Becker et al 1993; Lefrak-Okinawa and Luna, 1993; Westrup, B. 2000). En el metaanálisis reciente de la Cochrane 2006 se muestra que el crecimiento se ve positivamente afectado por el cuidado del desarrollo. La intervención estimula la capacidad del niño para su autorregulación y le proporciona los medios para mantener la estabilidad de su sistema autónomo y motora lo que a su vez mejora su salud y ahorra energía.

El conocimiento y el interés en este área ha crecido, particularmente en la última parte de los años noventa.

El documento oficial que recoge el papel de la Terapia Ocupacional en la UCIN fue elaborado por primera vez en 1993 por la AOTA y se tituló: "Knowledge and skills for Occupational Therapy practice in the NICU". Este documento ha sido revisado, renovado y ampliado en el año 2000 con el título: "Specialized Knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit". Este documento ha sido asumido por diversos países no sólo EEUU, también Gran Bretaña y Canadá entre otros.

MATERIAL Y MÉTODO

El conocimiento especializado que se requiere en la práctica en la UCIN incluye familiarizarse con las condiciones médicas importantes, procedimientos y equipamiento, comprensión de las habilidades y vulnerabilidad del niño en cuanto a su propio desarrollo, comprensión de las teorías neonatales de organización del desarrollo y la conducta, sistemas familiares, ecología de la UCIN, participación en quipos multiprofesionales y el modo en que todos esos factores influyen sobre el comportamiento. Además es necesario poseer unas avanzadas habilidades de razonamiento clínico.

Los principios generales que apoyan la intervención son:

- El desarrollo del niño depende de una relación dinámica entre su dotación genética y la influencia del entorno.
- El recién nacido tiene una capacidad limitada para organizar su conducta y adaptarse al medio y muestra incapacidad para rechazar los estímulos no deseados.
- Sólo recientemente ha sido reconocida la individualidad del niño, como un poderoso modulador de su maduración y de su interacción con el ambiente.
- El niño en las UCIN recibe un patrón de estimulación inapropiado (no contingente, no recíproca y dolorosa) que podría interferir el desarrollo neuronal e interferir en su diferenciación. El niño es capaz de demostrar una conducta motora más competente, cuando está en un estado más organizado, tranquilo y de alerta.
- Implicación de los padres como miembros activos del equipo de tratamiento.
- El nacimiento pretérmino coloca al prematuro, fuera de su eco-nicho en el útero en un momento en que su cerebro está creciendo más rápidamente que en cualquier otro periodo de su vida. Ha sido privado bruscamente de: protección materna frente a perturbaciones ambientales, aporte mantenido de nutrientes, temperatura estable y ciclos cronobiológicos. Su supervivencia requiere un cuidado médico y tecnológico muy especializado, sólo practicable en una UCIN, definida por algunos como un cruce de humanidad y tecnología.

La Dra. Als aplicó la metodología de observación desarrollada por el grupo del Dr. Brazelton y como resultado se desarrollaron varios modelos de trabajo que pretenden favorecer el desarrollo del niño. Individualizan la atención a cada recién nacido pretérmino a partir de la observación de sus conductas. Los objetivos de este tipo de intervención son:

- Reducir los factores de estrés ambiental.
- Promover la maduración neuroconductual a través de intervenciones específicas.
- Ayudar a los padres a reconocer las conductas de sus hijos e integrarse en sus cuidados, con el fin de favorecer la relación padres-hijos durante el ingreso y después del alta.

Las funciones del terapeuta ocupacional se dirigen hacia tres caminos, el bebe, la familia y el ambiente de la UCIN, y los objetivos son los siguientes:

- Prevenir o minimizar la incidencia de disfunciones del desarrollo o pérdida de habilidades.
- Adaptación del entorno.
- Selección diseño y fabricación de equipo postural y ortesis si fuera necesario.
- Preparar a los padres para recibir al niño (muy diferente al niño imaginado). Absoluta honestidad con el bebe, base del vínculo,

prevención de problemas de desarrollo. Estudiar la viabilidad del domicilio para la llegada del bebé.

- Asesorar a los padres en el manejo del niño. Atención al niño prematuro: higiene del personal. Contacto "piel a piel" (programa canguro)

Los medios a través de los que se consiguen dichos objetivos son: el posicionamiento, la alimentación y el control de los estímulos, todo ello bajo una intervención centrada en la familia que considera a ésta como parte del equipo.

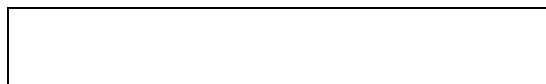
Respecto al posicionamiento, es de vital importancia en términos de neurodesarrollo y prevención del estrés así como para promover el sueño del RNPT. El rol del terapeuta ocupacional es educar y advertir a los miembros del equipo de los principios generales y llevar a cabo valoraciones específicas de cada niño haciendo recomendaciones acerca de la mejor posición.

En cuanto a la alimentación es necesario favorecer la independencia en esta AVD básica, fomentando la progresión hacia la alimentación oral. Para ello es necesario conocer las fases de la alimentación así como los complejos requerimientos que lo hacen posible. El tratamiento será individualizado y se ajustará a las dificultades de cada niño, bien sea un problema de coordinación entre succión, respiración y deglución, o se produzca por falta de control postural adecuado, hipersensibilidad oral, o succión débil. Cuando las dificultades

en la alimentación son producidas por malformaciones en las estructuras comprometidas en la función, será necesaria la prescripción de las ayudas técnicas y modificaciones en la ocupación para que ésta pueda producirse.

El ambiente de la UCIN es hostil, sumerge a los RCPT en un medio ambiente estresante y con pobre o excesiva estimulación táctil (muy diferente a los que esta preparado: útero y/o cuidados maternos). Para ello el terapeuta ocupacional debe colaborar en el control de los estímulos adaptando el entorno y proporcionando tratamiento no farmacológico para manejar el dolor (cambios de postura, chupetes, acunamiento). Estas medidas ayudan a tolerar el dolor y el distress que estos niños padecen.

Respecto a la técnica de estimulación sensorial convencional hay que decir que toda estimulación suplementaria no es terapéutica. El papel del terapeuta ocupacional irá dirigido a la modificación de la estimulación sensorial en la UCIN de acuerdo a la edad, el estado médico, capacidad de reacción y las señales de estrés o estabilidad. La estimulación sensorial deberá ser unimodal. En concreto una de las técnicas utilizadas es la estimulación táctil propioceptiva otorgando inputs facilitadores de autoorganización: posturas en flexión de extremidades, llevando a la línea media y con manos cerca de la boca. Es importante también la humanización de la unidad y la ubicación correcta de fuentes lumínicas.



Medidas en la UCIN
sobre el ambiente físico

- Reducción de luces, ruidos...
- Localización adecuada de cada incubadora.
- Humanización del ambiente.
- Diferenciación del día y de la noche: disminución de luz y ruido ambiente.
- Organización del ciclo sueño-vigilia.

En muchas unidades de neonatos utilizan el programa canguro por diversos motivos, en algunos centros se trata de facilitar la lactancia y promover el acercamiento madre-hijo y en otros casos donde no existen medios técnicos la madre es la "incubadora" y fuente de alimentación para ayudar a salvar la vida de su hijo. El contacto piel a piel se debe hacer cuando las condiciones médicas así lo indiquen, con el niño en posición simétrica y en flexión sobre el tórax.

La intervención centrada en la familia, hace referencia a la necesidad de involucrar y de hacer partícipe del proceso a la familia, por lo que las decisiones sobre la dirección del tratamiento deben serles argumentadas. Los programas

de T.O que se fundamentan en la intervención centrada en la familia son aquellos que: tratan a las familias con dignidad y respeto, son individualizados, flexibles y sensibles, comparten información, permiten hacer elecciones a las familias, promueven la colaboración entre padres-profesional, proveen y movilizan recursos y apoyos. El objetivo principal es mejorar el bienestar de la familia como un todo. El desafío principal es reconocer e implementar el espíritu de colaboración familia - profesional.

DISCUSIÓN

Es difícil recoger a modo de síntesis las reflexiones que sobre este campo se pueden aportar sin oscilar del entusiasmo al desaliento. Las investigaciones apoyan las intervenciones que la T.O ofrece a los niños en las UCIN. En países como Argentina o Chile, además de los anteriormente mencionados (Canadá, Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia...) la presencia de nuestros colegas es una norma.

En España el enfoque de intervención centrado en el desarrollo ni siquiera es unánime y la presencia de terapeutas ocupacionales la podríamos calificarla de simbólica . Este es un buen momento porque en el mundo de la medicina perinatal está cambiando el punto de vista, las investigaciones apoyan las modificaciones ambientales y el apoyo a los padres como puntos clave en el pronóstico evolutivo del RNPT. Las estadísticas afirman que la PC parece

mantenerse constate y que los porcentajes de los trastornos del desarrollo y neuroconductuales se han incrementado.

Este es el momento, debemos aprovechar este cambio en la filosofía de las UCIN y favorecer la formación y la difusión de nuestro papel en este campo. Desde las instituciones, los responsables en formación, los estudiantes y los profesionales debemos responsabilizarnos de nuestro futuro, cada colectivo debe luchar por sus propios intereses y nadie luchará si no luchamos nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Als H. Toward a Synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal* 1982; 3(4): 229-243.
2. Als H, Brazelton TB. A new model of assessing the behavioral organization in preterm and fullterm infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1981; 20:239–263.
3. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin, M.J, et al. Early experience alters brain function and structure. *Pediatr* 2004; 113(4): 846-857.
4. Als H. Manual for the naturalistic observation of newborn behavior (preterm and full term infants), (revised edition). Boston MA: The Children's Hospital 1984; 14-16
5. Amiel-Tison C. Neurología perinatal. Masson. 2001.
6. Bazyk S. Factors associated with the transition to oral feeding in infants fed by nasogastric tubes. *American Journal of Occupational Therapy*. 1990;44:1070–1078
7. Becker PT, Grunwald PC, Moorman J, Stuhr S. Effects of developmental care on behavioral organization in very-low-birth-weight infants. *Nursing Research*. 1993; 42:214–220.
8. Bier JA, Ferguson A, Cho C, Oh W, Vohr BR. The oral motor development of low-birth-weight infants who underwent orotracheal intubation during the neonatal period. *American Journal of Diseases of Children*. 1993;147:858–862

9. Escobar, G. Littenberg, B. Pettittl, D. Outcome among surviving very low birth weight infants. A Meta – analysis. Archives of diseases in childhood. 1991. 66:204-2011.
10. Hack, M, Klein, N.K. Taylor, HG. Long term developmental outcomes of low birth weight infants. Future of Children. 1995 (a) 5:176
11. Hack, M. Wright, L.L. Shankaran, S. Very low birth weight outcomes of the national institute of child health and human development neonatal network November 1989- October 1990. A Journal of obstetric and gynecology. 1995 (b) 172:457-468.
12. Hunter, J.G. Neonatal intensive care unit. In: Case-Smith J. Occupational Therapy for children. Mosby.2001.636-707
13. Conge-Agudelo A, Diaz-Rossello JS, Belzian JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev 2000; (4): CD 002771
14. Field, T. et al. Tactile/kinaesthetic stimulation effects on preterm neonates. Pediatr, 1986; 77:654-658.
15. Fleisher B, Vandenberg K, Constantinou J. Individualized developmental care for the very low birth weight preterm infants improves medical and neurodevelopmental outcome in the neonatal intensive care unit. Clin Pediatr 1995; 34 : 523-529
16. Hutchon B. Occupational therapy in the neonatal intensive care unit. In: Swee Hong C. Occupational Therapy in Childhood. Whurr Publishers. 2002. 153-191.

17. Jacobs SE, Sokol J, Ohlsson A. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta-analysis of data. *J Pediatr* 2002; 140: 699-706.
18. Moral del, T. Evaluación y manejo del dolor en el recién nacido. Actas del XIX Congreso español de Medicina Perinatal. San Sebastián 2003.
19. Sehgal A, Stack J. Developmentally supportive care and NIDCAP. *Indian J Pediatr* [serial online] 2006 [cited 2006 Dec 15]; 73:1007-1010. Available from: <http://www.ijppediatricsindia.org/article.asp?issn=0019-5456;year=2006;volume=73;issue=11;spage=1007;epage=1010;aulast=Sehgal>
20. Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2006 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester.
21. Vandenberg KA. Nippling management of the sick neonate in the NICU: The disorganized feeder. *Neonatal Network*. 1990;9:9-16
22. Vergara E. *Developmental & Therapeutic interventions in the NICU*. Brookes Publishing. 2004.
23. Westrup B, Kleberg A, von Eichwald K, Stjernqvist K, Langercrantz H. A randomized controlled trial to evaluate the effects of NIDCAP in a Swedish setting. *Pediatrics* 2000; 105: 66-72.

SEGUNDA MESA DE PONENCIAS

Dependencia en el ámbito residencial.

Programa de Autonomía y AVDs en geriatría

Dña. Katya López Hernández

Terapeuta Ocupacional.

Residencia y Centro de Día para Personas Mayores Madrid Sur.

Dña. Tamara de la Antonia López

Terapeuta Ocupacional.

Residencia y Centro de Día para Personas Mayores Madrid Sur.

López Hernández K.; Antonia López T. de la: Dependencia en el ámbito residencial. Programa de autonomía y AVDs en geriatría. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.77-109p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

El terapeuta ocupacional es una figura clave en el ámbito de la geriatría "institucionalizada" en este caso en residencia, por tener un papel muy importante en la gestión de todo lo que conlleva su dependencia.

El programa de terapia ocupacional consiste: Sistema de valoración (adecuado y riguroso), protocolos de actuación, programas- talleres organizados y estructurados (Programa de Reeducción de las A.B.V.D y A.I.V.D, Programas de Terapia Psicomotriz, Programa de Terapia Cognitiva, Programa de Terapia Funcional.

PALABRAS CLAVE DEL AUTOR:

Ámbito residencial, Terapia ocupacional, programa de tratamiento, valoración integral, protocolos de actuación, programación de talleres, geriatría.

DECS Instituciones Residenciales Terapia Ocupacional, Planes y Programas de Salud , Evaluación de la Discapacidad , Protocolos Clínicos, Programación, geriatría .

ABSTRACT

The occupational therapist is a key figure in the area of the "institutionalized" geriatrics, in this case in residence, for having a very important role in the management of everything that carries its dependence.

The program of occupational therapy consists in: System of valuation (suitable and rigorous), protocols of performance, - Workshops organized and structured (Program of Reeduction of the Basic Activities of Daily Living and of the Instrumental Activities of Daily Living, Programs of Psicomotor Therapy, Program of Cognitive Therapy, Program of Functional Therapy.

KEYWORDS Scope residential, occupational therapy, treatment program, comprehensive assessment, performance protocols, programming workshops, geriatrics.

MESH Residential Facilities Occupational Therapy, Health Programs and Plans , Disability Evaluation , Clinical Protocols, Programming, Geriatrics.

INTRODUCCIÓN

Antes de empezar de lleno a hablar sobre la Terapia Ocupacional en mayores, vamos a hacer previamente una pequeña revisión de: la evolución del envejecimiento a lo largo de los años en nuestro país, del “envejecimiento del envejecimiento”, de la dependencia que sufren este tipo de personas y un modelo de trabajo interesante a seguir.

El terapeuta ocupacional es una figura clave en el ámbito de la geriatría “institucionalizada” en este caso en residencia, por tener un papel muy importante en la gestión de todo lo que conlleva su dependencia.

Se expondrá la metodología del trabajo desempeñado por las tres terapeutas ocupacionales, que integran el departamento de Terapia Ocupacional, en la Residencia Madrid Sur durante tres años desde su apertura en el año 2004.

1. El envejecimiento en nuestro país

Somos conscientes desde hace muchos años, que nuestra sociedad, como la del resto de Europa, está envejeciendo a pasos agigantados. Este fenómeno del envejecimiento va a continuar en los próximos años en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable y disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes por el escaso índice de natalidad.

Si tomamos los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) podemos ver que el número de personas mayores de 65 años ha pasado de 3,3 millones en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento de la población total).

También nos encontramos con que el grupo constituido por las personas de 80 y más años se ha duplicado en sólo veinte años (los transcurridos entre 1970 y 1990). Esto es lo que llaman los expertos "envejecimiento del envejecimiento" una característica demográfica que se irá agudizando con el paso del tiempo y es, el gran aumento que va a experimentar este colectivo cuyo ritmo de crecimiento será muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto.

Este proceso de envejecimiento interno de la población mayor ha pasado de medio millón a más de 1,1 millones de personas, y todo hace prever que su número superará los 2,9 millones en el año 2016, es decir que el 6,1 por 100 de los españoles tendrán más de 80 años.

2. Situación de la dependencia

Para poder entender mejor este concepto vamos a empezar por ver la definición que da El Consejo de Europa:

“La Dependencia es: la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y / o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Recomendación relativa a la dependencia (Consejo de Europa, 1998).

Debemos tener en cuenta que cuando se habla de dependencia, se habla de un fenómeno que puede estar presente en todas las edades de la vida, pero bien es cierto que la proporción de personas dependientes aumenta con la edad y, como resultado, dos terceras partes de las personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria tienen más de 65 años y dentro de éstos los de 80 y más años son el grupo de población en el que se concentran la mayor parte de las situaciones de dependencia.

Los mayores son la población donde con mayor probabilidad vamos a encontrar esa pérdida de autonomía por:

1. **Por el proceso de envejecimiento** en sí con sus síndromes geriátricos característicos: Deterioro cognitivo, inmovilismo, caídas, inestabilidad,

deprivación sensorial, incontinencias, aislamiento social, escaras o úlceras por presión, depresión, malnutrición, etc.

2. Patologías como: Enfermedades degenerativas, del sistema nervioso, metabólicas y endocrinas, infecciosas de diverso tipo, neoplasias, carenciales, de los sentidos, mentales, etc.

Hasta ahora las necesidades de nuestros mayores estaban cubiertas con unos programas de intervención, que con el paso de los años han tenido que ser revisados y modificados. Han surgido nuevas demandas que se tendrán que afrontar con un sistema adecuado de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

La “Ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” (aprobada finalmente en el pleno del Congreso de los Diputados el día 19 de septiembre de 2006) recoge en su artículo 1º la respuesta que desde el Gobierno actual se pretende hacer.

Artículo 1º: Objeto de la ley

“La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la

creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

Es fundamental que en este momento, en el que los responsables gubernamentales se empiezan a preocupar por estas cosas y nombran parte de la base de nuestro trabajo, los terapeutas ocupacionales estemos presentes y sepamos manejar bien la situación, en todos nuestros campos de actuación y en especial en el que nos compete en estos momentos, los mayores.

Si es la población mayor de 65 años la que se encuentra mas afectada por la dependencia y el número de los mismos excede cada año, podemos concluir que para el terapeuta ocupacional este va a ser uno de los campos en el que va a poder encontrar más posibilidades de ofertas laborales.

En la actualidad podemos decir que un porcentaje muy elevado de terapeutas ocupacionales están trabajando en el campo de la geriatría en sus distintos ámbitos: residencias, centros de día, centros de psicogeriatría, hospitales de día, pisos tutelados, etc., en los cuales podemos encontrar distintas metodologías de trabajo dependiendo de:

- Condiciones de la institución. Pública, privada, situación económica, etc.

- La dirección de la institución. Organización y programas que marque
- Número y características de los pacientes. Validos, asistidos
- Numero y categoría de los trabajadores que se encuentren en el centro
- Numero de terapeutas ocupacionales que trabajen en el centro
- Condiciones laborales que tenga el t.o
- Etc.

Independientemente de lo anterior, vemos que los terapeutas ocupacionales tenemos la necesidad de unificar criterios y metodología de trabajo, como hacen otros colectivos profesionales, para evitar la precariedad laboral, la infravaloración e incluso el desprestigio en algunos casos a los que se ve sometido el terapeuta ocupacional que trabaja en el campo de la geriatría.

3. Funcionamiento de una Residencia de Personas Mayores.

3.1. El sistema residencial actual

El sistema residencial ha venido experimentando cambios tanto en su funcionamiento como en su conceptualización, esto ha sido debido al cambio en la población y sus necesidades. Vamos a explicar como se define en la actualidad este sistema y que requisitos debería cumplir.

Partiendo de lo más esencial que es la definición, tenemos que residencia es:

“Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, P, 1999).

Cuando se habla de “Centro gerontológico” pretende huir del término institución y considerarlo incluido entre los servicios sociales comunitarios con interrelación con todos los recursos y diferentes colectivos de la zona y que se encuentre en el entorno urbano.

“Abierto” para que los mayores puedan salir y que otras personas puedan incorporarse a participar en la vida del centro (familiares, organizaciones de iniciativa social, allegados, etc.)

Se pretende que sea un lugar de desarrollo personal y de vida con:

- a) **Atención sociosanitaria.** De carácter integral con atención especializada tanto sanitaria como social y cambiar el concepto de centros de acogida y custodia.

- b) **Atención multiprofesional.** Las necesidades de las personas mayores con dependencia son determinadas por un conjunto de causas que son de carácter complejo y multidimensional, por lo que necesitan una buena

atención gerontológica que tenga profesionales adecuados, con formación gerontológica específica y trabajen en un plan general de intervención de manera integrada e interdisciplinar.

Se intentan marcar unos objetivos:

Principal, "facilitar y potenciar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor".

Específicos se fundamentan con los profesionales y la atención a las personas mayores.

Los **servicios** que se pueden establecer son: **servicios básicos**: manutención, alojamiento, asistencia en las AVDs, transporte accesible y gimnasio; **servicios terapéuticos**: atención social, atención psicológica, atención sanitaria, terapia ocupacional, fisioterapia y cuidados de salud; y **servicios complementarios** (estos son más variables): podología, cafetería, peluquería, etc.

Deberían de tener programas de intervención:

- **Sanitarios**: alimentación y nutrición, aseo e Higiene, prevención y tratamiento de Incontinencias, prevención de caídas, control y

seguimiento médico de enfermedades y trastornos y atención de enfermería.

- **De intervención Terapéutica:** Terapias funcionales (rehabilitación funcional, entrenamiento en AVDs, psicomotricidad, gerontogimnasia), terapias cognitivas (orientación a la realidad, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva), terapias psicoafectivas (grupos terapéuticos, reminiscencia), terapias socializadoras (ergoterapia, musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidades sociales y de comunicación, tertulias), intervención con familias y animación socio-cultural; de intervención con familias, grupos de autoayuda y psicoeducativos.
- **Cuidados paliativos.**
- **Programa de colaboradores externos** (voluntariado, alumnos en prácticas).
- **Intervenciones ambientales y formación permanente de los profesionales y cuidadores / as del centro.**

Las funciones de los diferentes componentes del Equipo son consideradas como las propias de la categoría profesional, debiendo delimitar las competencias profesionales de cada uno, distribución de tareas y responsabilidades.

Nosotros vamos a detallar las funciones del Terapeuta Ocupacional, según el convenio colectivo de residencias y centros de día privados (publicado en el BOCAM el 13 de Junio de 2006) son:

- Participar en el plan general de actividades del centro.
- Realizar actividades auxiliares de psicomotricidad, lenguaje, dinámicas y rehabilitación personal y social a los residentes.
- Colaborar en el seguimiento o la evaluación del proceso recuperador o asistencial de los residentes del centro.
- Participar en las áreas de ocio y tiempos libres del usuario del centro.
- Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los usuarios a las instituciones.
- En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con lo anterior.

El terapeuta ocupacional no solo tiene estas funciones y obligaciones sino muchas más que pretendemos detallar en el siguiente punto.

3.2. Programa de Terapia Ocupacional

Un programa adecuado de Terapia Ocupacional en residencia debe ser aquel que contemple, además de las funciones que vienen en el convenio colectivo, otras muchas muy importantes a tener en cuenta como:

1. Sistema de valoración (adecuado y riguroso)
2. Protocolos de actuación

3. Programas- talleres organizados y estructurados

3.2.1. Valoración del residente / paciente

En el Departamento de Terapia Ocupacional desarrollamos un sistema de valoración específico que comienza el mismo día de ingreso. Una vez que el residente está integrado en la dinámica del centro se realizan valoraciones más completas que nos van a permitir conocer su estado real, y por tanto actuar en consecuencia.

Los pasos a seguir son:

1.- Valoración al ingreso

El día de ingreso de cada usuario, acude un miembro del departamento acompañado de un fisioterapeuta a la habitación del residente; allí nos presentamos y realizamos una primera toma de contacto tanto con él como con la familia o acompañantes del mismo.

Además en este mismo entorno se le realiza por primera vez la valoración de la escala de *Barthel* para determinar su nivel de dependencia en las ABVD; y el *Pfeiffer* para establecer de una manera muy global su estado cognitivo.

Si las características del usuario lo permiten se le indica la realización de transferencias (bipedestación-sedestación, a cama, a WC) deambulación, movilidad de miembros superiores y utilización de ayudas técnicas si utiliza (bastón, andador, silla de ruedas, etc.). En este momento, el departamento de fisioterapia pasa la prueba *Tinetti* para valorar el estado físico en equilibrio y marcha.

Todo lo anterior nos da una visión general de la movilidad, capacidades físicas y cognitivas y de su situación de dependencia, de forma que podemos designar su ubicación en el comedor, según el grado de la misma (el departamento de Terapia Ocupacional se encarga de ello); la asignación de programas de inclusión en TO, así como desarrollar una historia reducida del residente que nos permita de una forma rápida conocer el estado global del residente.

2.- Valoración de capacidades físicas y cognitivas

Todos los usuarios son sometidos a una prueba, de realización rápida, en la que se determina de manera clara las capacidades de orientación en las tres esferas: temporal, espacial y corporal; capacidades motrices finas y gruesas, además de discriminación, cálculo, praxias y gnosias. En ella también se refleja el nivel cultural de la persona para poder adaptar las

actividades a su nivel. La realizamos a lo largo del tiempo todas las veces que creamos necesarias, en función de los cambios que detectemos en el residente.

3.- Valoración de ABVD y AIVD

Valoración de ABVD

Cuando el residente es usuario de silla de ruedas, presenta un deterioro cognitivo o cualquier otra patología incapacitante para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, se lleva a cabo una valoración específica de éstas en una *Ficha de ABVD*. Se valora cada actividad de una manera minuciosa, desglosándola en sus componentes más sencillos para determinar en cuál de estos el usuario presenta dependencia, e incidir en ellos en su plan de tratamiento de entrenamiento o reeducación.

La cumplimentación de esta ficha se puede efectuar de varias formas:

- A través de la observación directa en el medio real de ejecución, es decir en la propia habitación del residente, en el baño geriátrico, comedor, etc. y realizando la actividad de forma real.
- A través de la revisión mensual de la *Escala Barthel* realizada por el personal de auxiliares de geriatría.

- A través de la observación y valoración en sala de la realización de ciertas ABVDs.

Valoración de AIVD

En los casos en los que el residente presenta un alto nivel de independencia en las ABVD, el deterioro cognitivo es leve o inexistente, y sus capacidades físicas y funcionales están conservadas se procede además a la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, mediante el *EMSAIVD (Escala Madrid Sur de las AIVD)*, prueba específica para esta área que ha sido diseñada y puesta en marcha por nuestro departamento, y que valora la independencia de las AIVD centrándonos en el entorno residencial, tras comprobar que otras pruebas ya estandarizadas para este área eran poco útiles para usuarios de residencia.

Una de las actividades instrumentales más importantes que se puede desempeñar dentro del ámbito residencial es el cuidado de los objetos personales y por tanto el manejo del armario. Ante la demanda de los residentes válidos de tener una llave propia del mismo, se decidió realizar un protocolo de valoración en el cual se tienen en cuenta las capacidades físicas y cognitivas necesarias para realizar un buen uso del armario. En esta valoración se tiene en cuenta la puntuación de la Escala de Barthel ($\geq 60/100$) y del Mini-Mental ($\geq 24/35$). Además se realiza valoración

directa in situ de las destrezas necesarias para realizar esta actividad. Una vez considerado APTO al usuario, se informan de las cláusulas del protocolo y es entregado a la gobernanta, quien será la responsable de la entrega de la llave.

3.2.2. Protocolos de actuación

Dentro de la dinámica en una residencia de ancianos, debemos seguir una serie de directrices que nos guíen en nuestro quehacer diario. Estas normas o directrices vienen determinadas por protocolos de actuación, que en nuestro caso son los siguientes:

- Control y supervisión mensual de la Escala de Barthel.
- Historia clínica del residente / paciente.
- Control y supervisión del comedor del centro.
- Supervisión y control de ayudas técnicas.
- Reuniones interdisciplinarias.

1.- Control y supervisión mensual de la Escala de Barthel

Mensualmente revaloramos la escala de Barthel con la colaboración del personal de auxiliar de geriatría para controlar los posibles cambios que se hayan podido producir en la situación de dependencia de los residentes, para

a través de los programas supervisión y recuperación de ABVD, ralentizar el deterioro y trabajar el entrenamiento en ayudas técnicas o bien realizar cambios en el tratamiento.

Dicha valoración es realizada en los primeros 3 días de cada mes y supervisada por el departamento de Terapia Ocupacional siempre en la primera semana. Se comparan los resultados con los de los meses anteriores, y se tienen en cuenta los posibles problemas o patologías agudas que hayan podido variar los resultados.

Las puntuaciones totales se registran en un archivo informático, pudiendo así plasmar mediante gráficas la línea de evolución de dependencia de los residentes a lo largo del año, y comprobar si la dependencia en el centro aumenta o disminuye y si los programas de tratamiento son idóneos.

2.- Historia clínica de Terapia Ocupacional

Tras un periodo de adaptación al centro, se procede ya a una valoración más específica del usuario, a través de una *Historia Clínica*, en la cual aparecen su fecha de ingreso, número de expediente, datos personales, datos clínicos relevantes, síndromes geriátricos, valoración sensorial, situación social y emocional; además se completan de forma más específica la valoración cognitiva desglosada en diferentes áreas, y se cuenta con la

puntuación obtenida en el MEC (prueba que realiza el departamento de Psicología).

También se valora la dependencia en las ABVD y AIVD, basándonos ya en datos más objetivos, como son la observación directa de la realización de las mismas.

Se hace una valoración física y funcional teniendo en cuenta la puntuación del Tinetti, prueba que realiza el departamento de Fisioterapia; en la cual se determina el equilibrio y la marcha del residente; y además se valora el balance articular y balance muscular en todos los planos de movimiento tanto de miembros superiores como inferiores; la motricidad fina, y la movilidad y posibles alteraciones en tronco.

Tras la adecuada evaluación de todos estos datos, y teniendo en cuenta el potencial rehabilitador del usuario nos planteamos los objetivos a llevar a cabo mediante el tratamiento pautado.

Esta valoración es revisada cada cierto tiempo, cuando se reúne todo el equipo Interdisciplinar.

3.- Organización de los comedores de la residencia

Dentro de la residencia existen tres comedores. Los residentes podrán acceder a uno u otro en función de que cumplan o no una serie de requisitos que serán valorados mediante un protocolo específico.

Como se ha explicado anteriormente, la decisión de dónde va a ser ubicado el residente se toma en el momento del ingreso, al realizar la valoración inicial, si bien esta decisión es susceptible de cambio en función de la evolución del anciano e incluso de las propias relaciones sociales que se establezcan.

Siempre que se produzca un cambio de ubicación habrá que informar al residente (siempre y cuando tenga capacidades cognitivas suficientes para comprender lo que se le explica), a la familia y al personal de la residencia, en concreto camareras y auxiliares de enfermería / geriatría. Para que esta información llegue a todo el mundo se colocarán carteles informativos en el propio comedor.

Comedor de válidos

A este comedor podrán acceder todos aquellos residentes que sean totalmente independientes para la alimentación. Además es imprescindible que si utilizan algún tipo de ayuda técnica no precisen ayuda para manejarla.

A parte de estos dos requisitos, es necesario que estén orientados temporoespacialmente y que sean lo más autónomos posible en la toma de la medicación.

Estos criterios los consideramos importantes ya que hay que tener en cuenta que en el comedor de válidos no hay auxiliares de geriatría, de ahí la necesidad de que sean independientes.

Comedor de asistidos

El comedor de asistidos se encuentra dividido en varias zonas, atendiendo al nivel de dependencia y estado cognitivo de los residentes.

El personal de auxiliares de geriatría se encuentra repartido principalmente en las zonas de mayor dependencia.

Zona de máxima dependencia. Residentes totalmente dependientes o que necesitan gran ayuda para alimentación; con deterioro cognitivo moderado-severo.

Zona de dependencia moderada. Residentes que requieren ayuda y / o supervisión para la alimentación, sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve.

Comedor de Sala Psicogeriátrica

Esta sala fue creada en la tercera planta de la residencia debido a la necesidad de separar a los residentes con trastornos de conducta severos del resto para conseguir una mejor atención por parte del personal, ya que este grupo está formado por un número reducido de personas.

En este comedor el nivel de asistencia por parte del personal de auxiliares es elevado por la gran dependencia que presentan los residentes.

Soportes identificativos

Para facilitar la ubicación de cada residente en cada uno de los comedores, se ideó un soporte realizado por el departamento de Terapia Ocupacional, en el cual se facilita la siguiente información:

- Letra y número correspondiente de cada mesa.
- Foto de los integrantes de dicha mesa.
- Si tienen diabetes o no y el tipo de dieta (normal, turmix, hipocalórica, etc.) a través de siglas conocidas exclusivamente por el personal.

Estos datos benefician tanto al personal (sobre todo a camareras (para montar las mesas y saber cuantos servicios tienen que poner), auxiliares de enfermería (para saber que tipo de dieta se les debe suministrar) y enfermería (para administrar la medicación)) como a los propios residentes (para conocer su ubicación).

4.- Control de sillas de ruedas

Al ingreso y periódicamente durante la estancia en la residencia, se valora la necesidad de uso de silla de ruedas para los traslados (largos (p. Ej.: subir y bajar de la habitación) o cortos (por planta baja)), y se determina si el uso de dicha silla será de forma temporal (fracturas, patologías agudas, etc.) o bien su necesidad es permanente (patologías crónicas).

Se evalúan las medidas y características del usuario para asignar la silla de ruedas más adecuada.

Cuando la silla va a tener que ser usada por el usuario para todos los traslados, se tienen en cuenta varios componentes, si va a ser de forma temporal se facilita una silla del centro y en el caso de que la silla deba ser utilizada de manera permanente se plantea con el equipo el proceder a

pasar el protocolo de sillas de ruedas, y se facilita todo tipo de información para la compra de la silla y la gestión de solicitar la subvención a la seguridad social, derivando a la familia al departamento de Trabajo Social.

Las sillas pautadas se marcan con pegatinas identificativas en las que aparece el nombre y apellidos del residente, número de habitación, fecha de impresión y foto del usuario. Además existen otras sillas de ruedas exclusivamente para transporte que se utilizan con todos los usuarios en función de las necesidades del servicio.

Regularmente se supervisan todas las sillas de ruedas, para asegurarnos que cada residente tiene la silla que le ha sido pautada y que además tiene todos los componentes necesarios (reposapiés, ruedas, reposabrazos, etc.) en perfecto estado.

Por otro lado, tanto el departamento de Terapia Ocupacional, como el departamento de Fisioterapia tienen disponible una silla de ruedas, para trabajar transferencias o bien para trasladar a residentes cuando sea necesario.

5.- Reuniones interdisciplinares

Con el objetivo de realizar un seguimiento global de cada residente, semanalmente se realiza una reunión a la que acuden todos los miembros

del equipo (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajadora social, psicóloga, animadora sociocultural, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), de forma que se pone en común toda la información de la que cada uno dispone, buscando soluciones a los problemas que existen y dando pautas de tratamiento. Así intentamos que la atención sea lo más eficaz posible.

En el caso del departamento de Terapia Ocupacional las áreas que se valoran son:

- Valoración de ABVD y AIVD.
- Valoración cognitiva.
- Valoración funcional.
- Potencial rehabilitador.
- Objetivos (a corto y a largo plazo), medidas de intervención y programas.

Se utilizan dos modelos de valoración en función de si es la primera vez que se valora a la persona o se trata de una revaloración, en cuyo caso se comprueba el cumplimiento de objetivos de la anterior reunión.

3.2.3. Programas de terapia ocupacional

Todo programa debe reflejar unos objetivos, técnicas y método, material a utilizar y criterios de inclusión o exclusión, éstos últimos variarán según los recursos y necesidades del centro.

A continuación explicamos brevemente los programas que el departamento de T.O. ofrece a los residentes en función de sus necesidades y de su grado de deterioro físico y cognitivo.

1.- Programa de Reeducción de las A.B.V.D y A.I.V.D

Objetivos Generales

1. Alcanzar y / o mantener el mayor grado de autonomía posible para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
2. Fomentar la ergonomía en la realización de las actividades de la vida diaria, enseñando las habilidades y mañas necesarias para resolver las dificultades que encuentre.
3. Utilizar adecuadamente las ayudas técnicas necesarias.
4. Evitar cuadros de inmovilismo, combatiendo la tendencia a la incapacidad progresiva del mayor y fomentar cambios posturales que mejoren la forma física del usuario.

Técnicas y métodos

- Revisión mensual de la escala de Barthel e intervención directa en las áreas de mayor dependencia.
- Observación de la realización de las A.V.D. en el momento y lugar adecuados para verificar las verdaderas necesidades del residente y/o proponer al personal de auxiliar de geriatría métodos de actuación más ergonómicos sin ir en detrimento de la independencia del usuario.
- Realizar una valoración no sólo del residente, sino también del propio entorno, eliminando posibles barreras arquitectónicas que puedan mermar la seguridad e independencia del usuario.

2.- PROGRAMAS DE TERAPIA PSICOMOTRIZ

Estos programas se dividen según estado cognitivo y nivel de movilidad incluso con ayuda técnica. Se les da un código confidencial de colores y figuras geométricas para que con ello el t.o sepa qué características va a tener ese grupo y poder organizar cada sesión.

- ***Psicomotricidad Rojo círculo***. Destinado a personas sin o leve deterioro cognitivo y buena movilidad.
- ***Psicomotricidad Rojo triángulo***. Destinado a personas sin o leve deterioro cognitivo y ligera alteración de movilidad (uso de ayuda técnica: bastón o andador).

- **Psicomotricidad Rojo cuadrado**. Destinado a personas sin o leve deterioro cognitivo y movilidad reducida (uso de ayuda técnica: silla de ruedas).
- **Psicomotricidad Naranja círculo**. Destinado a personas con deterioro cognitivo moderado y buena movilidad.
- **Psicomotricidad Naranja triángulo**. Destinado a personas con deterioro cognitivo moderado y movilidad reducida (uso de ayuda técnica: bastón, andador o silla de ruedas).

Objetivos generales

1. Favorecer, mejorar y potenciar las funciones motoras, afectivo-relacionales y cognitivas.
2. Mantener y / o recuperar al máximo su autonomía funcional y social.
3. Proporcionar sensación de placer y bienestar sensorio-motor, disfrutando con el movimiento.
4. Evitar inmovilismo.
5. Resocialización del anciano al realizarse en grupo.

Técnicas y métodos

- Se realiza una valoración individual para conocer el estado cognitivo y movilidad física en la deambulación (uso de ayudas técnicas) del usuario.

Con ello se le incluye en los distintos grupos en los que está dividida la terapia psicomotriz.

3.- Programa de Terapia Cognitiva

Se realiza una valoración individual para conocer el nivel de deterioro cognitivo. Con ello se realiza una inclusión en el grupo más adecuado:

- **Taller de Memoria I.** Estimulación de capacidades cognitivas en personas sin o leve deterioro cognitivo.
- **Taller de Memoria II.** Estimulación de capacidades cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve-moderado.
- **Taller de Memoria III.** Estimulación de capacidades cognitivas en personas con deterioro cognitivo moderado. Este taller se encuentra dividido en tres subgrupos debido al elevado número de residentes con deterioro cognitivo moderado.
- **Psicoestimulación (junto a departamento de Psicología).** Estimulación de capacidades cognitivas en personas con deterioro cognitivo severo. Este taller se encuentra dividido en tres subgrupos debido al elevado número de residentes con deterioro cognitivo severo.
- **Terapia de Orientación a la realidad (R.O.T.).** Orientación en las tres esferas (espacio, persona y tiempo) y adaptado al nivel cognitivo y cultural de la persona.

- **Taller de Déficit Visual.** Orientación espacial al entorno residencial, conocimiento de las salas, de los recorridos, diferenciación de texturas, olores, formas, etc. Son beneficiarios de este taller usuarios con déficit visual severo y ceguera.

Objetivos generales

1. Mantenimiento y / o mejora de las funciones cognitivas superiores.
2. Estimular y potenciar la atención, memoria auditiva y visual.
3. Reconocimiento de objetos.
4. Comprensión y comunicación verbal y gestual.
5. Orientación temporo-espacial.
6. Mejorar niveles de autoestima, control de ansiedad.

Técnicas y métodos

- Valoración individual a través de las escalas mas adecuadas para conocer el nivel de deterioro cognitivo e incidir el tratamiento en las áreas más afectadas.

4.- Programa de Terapia Funcional

Objetivos generales

1. Recuperación y / o reeducación de la función física.
2. Mantener y / o mejorar las capacidades residuales.
3. Aumentar la amplitud articular y la fuerza muscular.
4. Desarrollar la tolerancia al esfuerzo.
5. Prevenir y / o corregir retracciones musculares y deformidades articulares de miembro superior sobre todo a nivel distal.
6. Corregir y reeducar gestos de miembros superiores, patrón de marcha y equilibrio.
7. Desarrollar la destreza manual y la coordinación visomotora y psicomotriz.
8. Lograr una adecuada capacidad sensitiva.

Técnicas y métodos

- Adaptación y readaptación funcional a través de actividades terapéuticas.
- Estimulación sensorial.
- Movilidad funcional.
- Entrenamiento al esfuerzo.

CONCLUSIONES

Este trabajo es el resultado de un proceso muy elaborado sujeto a cambios constantes durante estos tres años para intentar conseguir la mejor actuación desde la Terapia Ocupacional en su quehacer diario con la dependencia de los mayores.

El concepto de nuestra profesión ha ido cambiando mucho a lo largo de los años; cada vez se reconoce más la figura del terapeuta llegando a considerarse como miembro imprescindible dentro del equipo interdisciplinar.

Lo que tenemos que conseguir es que además de poder cubrir la parte sociocultural (si el t.o lo estima adecuado) debemos dedicarnos directamente a la parte que nos corresponde en la gestión de la dependencia en todos sus ámbitos, por ser profesionales que estamos formados y preparados para ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durante P, Pedro, P. "Terapia Ocupacional en Geriatría: Principios y Práctica". Barcelona: Masson, 1998
2. Hopkins HL, Smith HD. "Terapia Ocupacional". Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998
3. Polonio, B. "Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 Casos Prácticos" Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002

4. Chapinal, A. "Involuciones en el Anciano y otras Disfunciones de Origen Neurológico". Barcelona: Editorial Masson, 1999
5. Convenio Colectivo Personal Laboral. Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de la CAM 2005-2008. Sector Privado.
<http://www.inforesidencias.com>
6. Libro Blanco de la Dependencia. Capítulos 1 y 5.
http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciossociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm
7. Libro Blanco de la Terapia Ocupacional. Capítulos 1 y 2.
http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libro_blanco_cndeuto_to.pdf

SEGUNDA MESA DE PONENCIAS

Esclerosis múltiple en un equipo interdisciplinar: actuación conjunta Terapia Ocupacional – Fisioterapia

Dña. Esther Lamela Rodríguez

Terapeuta Ocupacional. Asociación de Esclerosis Múltiple de Madrid.

Dña. Yolanda Carretero Serrano

Terapeuta Ocupacional. Asociación de Esclerosis Múltiple de Madrid.

Dña. Beatriz Muñoz García

Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta. Asociación de Esclerosis Múltiple de Madrid.

Lamela Rodríguez E.; Carretero Serrano Y.; Muñoz García B.: Esclerosis múltiple en un equipo interdisciplinar: actuación conjunta terapia ocupacional - fisioterapia. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.110-123p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante que afecta de forma exclusiva al Sistema Nervioso Central (SNC). Se caracteriza por la aparición de placas distribuidas por diferentes zonas del SNC.

La característica clínica más llamativa de la EM es su gran variabilidad. Los síntomas y signos están determinados por la localización de las lesiones que van a hacer que muchas AVDs estén limitadas

La base y principio de nuestra intervención es la neuroplasticidad El departamento de TO tiene como función intervenir sobre cada afectado, de forma individual, para alcanzar el mayor grado de independencia posible en las AVDs y evitar o minimizar las futuras discapacidades. Aunque el Objetivo más específico es la motivación

La intervención TO- Fisioterapia lo que se intentan es coordinar los tratamientos tanto de TO como de fisioterapia, para conseguir un objetivo funcional común, que tenga relación e importancia para el paciente. Cada disciplina, aporta los conocimientos siempre de forma coordinada y en relación con las características y motivación del paciente.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, bases de intervención, esclerosis múltiple.

DECS Terapia Ocupacional, Terapia Física, esclerosis múltiple.

ABSTRACT

Multiple Sclerosis (MS) is a demyelinating illness which affects the Central Nervous System (CNS) exclusively. The multiple sclerosis is characterized by the appearance of badges distributed by different areas of the CNS.

The most important clinical characteristic in the MS is its great variability. The symptoms and signs are determined by the localization of the injuries, which will make many activities of daily living (ADL) limited. Neuroplasticity is the base and principle of our intervention. The Occupational Therapy department has as function to intervene on each affected person, in an individual way, to reach the biggest degree of independence possible in the ADL and to avoid or to minimize the future disability, although the most specific objective is the motivation.

Both OT and Physiotherapy try to coordinate the treatments in the intervention to reach a common functional objective that has relation and importance for the patient. Each discipline contributes the knowledge always in a coordinated way and in connection with the patient's characteristics and motivation.

KEYWORDS occupational therapy, Physiotherapy, Multiple Sclerosis

MESH Occupational Therapy, Physical Therapy, Multiple Sclerosis .

INTRODUCCIÓN (1):

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante que afecta de forma exclusiva al Sistema Nervioso Central (SNC). Se caracteriza por la aparición de placas distribuidas por diferentes zonas del SNC.

Frecuente en adultos jóvenes (20-40 años) y en mujeres. También en climas templados.

La causa de la enfermedad es desconocida; es autoinmune y está en relación con uno o varios agentes infecciosos (virus) que generan una respuesta inmune contra el SNC. Se produce en personas genéticamente susceptibles, también influyen factores ambientales.

Para el diagnóstico se utiliza la historia clínica, la exploración y otras pruebas complementarias (RMN, Examen del líquido cefalorraquídeo y potenciales evocados)

Tipos de EM:

- ✓ EM asintomática
- ✓ EM benigna: grado de incapacidad mínimo.
- ✓ EM recurrente-remitente: la más frecuente. Cursa con brotes, con recuperación parcial o total.
- ✓ EM primaria progresiva: desde el inicio, el deterioro es progresivo.
- ✓ EM progresiva secundaria: empieza con brotes, pero luego se aprecia un deterioro progresivo.

La característica clínica más llamativa de la EM es su gran variabilidad. Los síntomas y signos (2) están determinados por la localización de las lesiones que van a hacer que muchas AVDs estén limitadas, vamos a ver algún ejemplo de ellas:

Vía cerebelosa, (Le llega mucha información de la periferia para saber el estado del cuerpo en cada momento), una lesión en esta vía puede dar los siguientes síntomas:

- Ataxia: incoordinación del movimiento. En los miembros superiores se puede manifestar como:
 - Temblor intencional: aparece al intentar hacer un movimiento determinado, se vuelve más marcado cuando se acerca a su objetivo. Ej de AVD: Coser (enhebrar una aguja)
 - Disdiadococinesia o adiadococinesia: se manifiesta por la incapacidad de efectuar a un ritmo rápido movimientos alternantes de sentido opuesto. Ej de AVD: Escurrir balleta.
 - Dismetría: mala estimación de la amplitud del movimiento. Ej de AVD: comprar un paquete de tabaco (mala estimación de la distancia para introducir la moneda en la máquina)

- Marcha atáxica: caracterizada por el aumento de la base de sustentación y con desviaciones laterales. Aparecen anomalías en el balanceo de los brazos y el tronco se inclina hacia atrás en la marcha. Los pasos son desiguales e irregulares. Ej de AVD: Coger el autobús.

- Disartria: habla que se caracteriza por ser lenta y arrastrada o escandida.
Ej de AVD: la comunicación. Dificultad para mantener una conversación.
- Nistagmus: oscilaciones rítmicas e involuntarias de los ojos. Ej de AVD: dificultad para leer las paradas de metro cuando está en funcionamiento.
- Escritura: aparecen letras de gran tamaño, de dimensión desigual y con trazos exagerados. Ej de AVD: realización de informes, escribir relatos...

Vía piramidal (Sistema corticoespinal) (3): Relacionado con el movimiento selectivo de las extremidades. Si existe lesión → hipertonia en los músculos antigravitatorios (MMSS patrón flexor, MMII patrón extensor, aumento de ROT, Babinski...), disminuyen la capacidad de realizar los movimientos selectivos (disminuye la fuerza, más lentos...).

Ej de AVD: cortar un filete, utilizando el cuchillo y el tenedor (en esta AVD no sólo se requiere de fuerza sino también de destreza).

Vía medial (4) : Relacionado con el control postural. Si existe lesión → dificultad para mantener el cuerpo contragravedad.

Ej de AVD: relaciones sociales: dificultad para estar sentado en banqueta sin respaldo.

Vía sensitiva: podemos tener alteraciones en la sensibilidad: propioceptivas, táctiles, de temperatura, dolor, esterognosias.

Estos **síntomas** se pueden graduar en:

- Anestias: pérdida total de sensibilidad táctil, propioceptiva...
- Hipoestesia: Disminución de la sensibilidad, puede ser propioceptiva, temperatura...
- Hiperestesia: Aumento de la sensibilidad.
- Disestesias: son sensaciones de constricción, de coraza, de piel acartonada.
- Parestesias: sensaciones anormales no dolorosas, como "hormigueo".

Los dos últimos son más subjetivos.

Ej de AVD: pueden afectar a la mayoría de ellas, en el aseo personal (nos podemos quemar con la Tª del agua), o en la elaboración de las comidas (no saber si estás cogiendo la sal o no).

Vía óptica: La lesión en esta vía se manifiesta como "neuritis óptica": visión borrosa, diplopía, dolor en el ojo y sensación eléctrica o de quemazón (neuralgia)

Otros síntomas:

- Fatiga: muy característico e incapacitante. Ej de AVD: cansancio a los 50 m
- Alteraciones en la capacidad intelectual, la memoria y otras funciones: dificultad en la concentración, memoria (funciones ejecutivas)...._Ej de AVD: Tomarse la medicación...

- Alteraciones urinarias y fecales: pueden manifestarse como vejiga espástica, micción imperiosa o retención urinaria. Ej de AVD: escapes en eventos sociales.
- Alteraciones sexuales: disfunción eréctil con problemas de eyaculación en hombres y de lubricación en mujeres. Ej de AVD: relaciones sexuales.
- Alteraciones psicológicas: ansiedad, estado depresivo... Ej de AVD: en todas.

Tratamiento (5)

- Farmacológico: el objetivo es disminuir el número y severidad de los brotes y variar el curso de la enfermedad, además de paliar los síntomas: espasticidad, dolor, fatiga...
- Rehabilitador: se enfoca sobre el mantenimiento / recuperación de la función, apuntando a la calidad de vida del paciente, familia y entorno.

El equipo lo forman:

- ✓ Paciente
- ✓ Terapia Ocupacional
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Logopedia
- ✓ Neuropsicología
- ✓ Trabajo Social
- ✓ Médico

- ✓ Enfermería
- ✓ Psicología

La base y principio de nuestra intervención es la **neuroplasticidad (6)**, que es la propiedad del SNC de cambiar, modificar y reorganizarse ante los cambios de la lesión.

Nosotros a través de la rehabilitación dirigimos esta reestructuración para que se aproxime lo más que se pueda a la función perdida.

El departamento de TO se creó hace 7 años, en la actualidad somos tres Tos que intervenimos a nivel ambulatorio, centro de día y domiciliario.

Tiene como función intervenir sobre cada afectado, de forma individual (persona- estadio de la enfermedad), para alcanzar el mayor grado de independencia posible las AVDs y evitar o minimizar las futuras discapacidades.

Objetivo TO-Pt (motivación)

Áreas de intervención:

- Área física: con el fin de reeducar las AVD, intervenimos sobre aquello que impida la autonomía: pérdida de control de tronco, limitación articular, disminución de fuerza, torpeza manipulativa....

- Área cognitiva: reeducación de las funciones corticales superiores. En nuestro centro el responsable es el neuropsicólogo en coordinación con TO- Psicología.
- Ayudas técnicas (AATT): asesoramiento y entrenamiento de diferentes dispositivos para su independencia (movilidad: bastones, sillas de ruedas...; alimentación: engrosado de cubiertos, tazas con pico....; higiene: tablas de bañera, asideros...).

Direcciones de interés:

- CEAPAT: C/ Los extremeños, 1. cp. 28018 Madrid. Tlfn (913634800), Fax (917784117), email: ceapat@mtas.es.
- IBV (Instituto de Biomecánica de Valencia): Universidad Politécnica de Valencia. Camino de Vera s/n. C.p. 46022. Valencia. Tlfn (963879160). Fax (963879169). Email: ibv@ibv.upv.es
- SUNRISE MEDICAL: Polígono Bakiola 41. cp. 48498. Arrankudiaga (Vizcaya). Tlfn (902142434). Fax (946481575) www.sunrisemedical.com
- INVACARE: C/ Areny s/n. Polígono industrial de Celrà. Cp. 17460 Celrà (Gerona). Tlfn (972493200). Fax (972493220). www.invacare.es
- OTTOBOCK: C/ Majada, 1. cp. 28760. Tres Cantos. Tlfn (902877600). Fax (900314253). www.ottobock.es
- MULTI-ORTO:

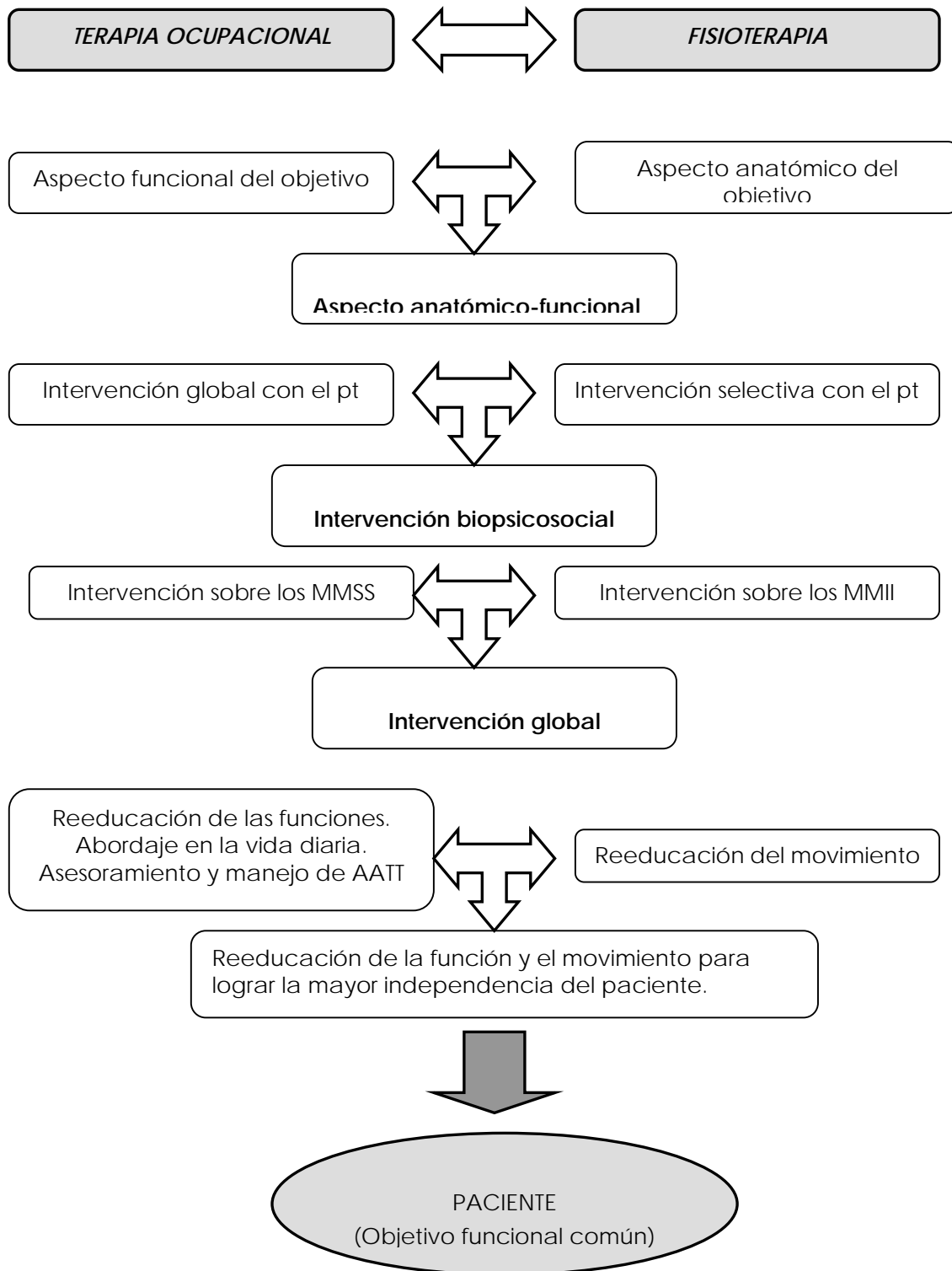
- Delegación: Avda. Reina Victoria, 36. c.p. 28003 Madrid.
Tlfn (915333442).
 - Delegación: Explanada, 17. c.p. 28040 Madrid. Tlfn:
(915537830)
 - VISIÓN GERIÁTRICA: C/ Físicas, 6. cp. 28923. Alcorcón (Madrid).
Tlfn (916443702) Fax (916444412). www.visiongeriátrica.es
 - ORTOPEDIA VIA LIBRE: c/ Don Ramón de la Cruz, 38. cp. 28001
Madrid. Tlfn (902903044 / 911213006)
 - EOPRIM: C/Conde de Peñalver nº 24. cp. 28006 Madrid. Tlfn
(914011100). Fax (914010372). www.eoprim.es
- Modificación del entorno: realización de visitas a domicilio con el objetivo de hacer la vivienda y su entorno más accesible.

Identificación de dificultades → Posibles soluciones → Toma de medidas

→ Planos con alternativas → Búsqueda de empresas de reformas.

Intervención TO- Fisioterapia

Desde ambos departamentos, se intentan coordinar los tratamientos tanto de TO como de fisioterapia, para conseguir un objetivo funcional común, que tenga relación e importancia para el paciente. Cada disciplina, aporta los conocimientos siempre de forma coordinada y en relación con las características y motivación del paciente.



RESULTADO

La experiencia en nuestro trabajo diario, nos ha enseñado lo importante, enriquecedor, necesario y bonito de un abordaje interdisciplinar en las patologías neurológicas; como la calidad de vida de la persona se ve influenciada por esa colaboración en los tratamientos.

Estos dos departamentos (TO y Fisioterapia) tienen un objetivo funcional común, la fisioterapia aporta al individuo un tratamiento más físico, mientras la TO le da un tratamiento más funcional, con una única finalidad: dar al individuo mayor independencia en sus AVDs.

La comunicación, discusión y el abordaje son las fases más importantes en consensuar una vía de tratamiento, con las técnicas necesarias.

No sólo queremos dejar patente la colaboración con el departamento de fisioterapia, sino que consideramos que las áreas de neuropsicología, logopedia, psicología, trabajo social, médico son también importantes en nuestro trabajo diario.

“ENSEÑAR A VIVIR DIA A DIA CON LA MEJOR CALIDAD DE VIDA” es el objetivo y trabajo diario del equipo de ADEMM

BIBLIOGRAFÍA

1. (1) Fernández O, Fernández VE. Esclerosis Múltiple. Málaga: FEDEM (Fundación española de Esclerosis Múltiple), 2000: 36-55.
2. (2) Calero MD, Hernández I, López E, Zafra I. Actuación del fisioterapeuta en Esclerosis Múltiple. Madrid: Asociación Alcalá, 2001: 59-119
3. (3) Paeth B. Experiencias con el concepto Bobath. Madrid: Panamericana, 2001: 1-20, 219-223.
4. (4) Benito M, Bellico A. Boletín informativo AETB. (Julio, nº16): 10-13.
5. (5) Tipping L. Esclerosis Múltiple. En: Turner A, Foster M, Johnson SE editors. Terapia Ocupacional y disfunción física. Londres: Churchill Livingstone, 2003: 507-522.
6. (6) Barrio L, Lopez J. Manual para cuidadores. Transferencias y movilizaciones de un paciente con Esclerosis Múltiple. Madrid: AEDEM (Asociación Española de Esclerosis Múltiple), 2002: 3-6.

SEGUNDA MESA DE PONENCIAS

Terapia Ocupacional en el Síndrome del Túnel

Carpiano

Dña. Consuelo Torcal Laguna

Terapeuta Ocupacional. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Torcal Laguna C.: Terapia Ocupacional en el síndrome del túnel carpiano. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.124-147p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

El síndrome del túnel carpiano consiste en un conjunto de síntomas que se producen por la compresión o irritación del nervio mediano a nivel del canal del carpo. El objetivo de la terapia ocupacional en este síndrome es que la persona vuelva al tipo de vida que llevaba antes o que se adapte a los cambios que le pueden producir los déficit que nos son curables

Para intervenir desde terapia ocupacional será necesario conocer la anatomía de la zona afectada; realizar la historia ocupacional que contenga datos del paciente, prescripciones del médico, antecedentes del paciente (obtenidos mediante entrevista), precauciones y contraindicaciones para el STC, resultados de las evaluaciones, lista de problemas y actividades propuestas; y se realizará una exploración funcional, física y sensitiva de la mano.

Los instrumentos utilizados para evaluar pueden ser pruebas estandarizadas o diversas pruebas de dolor, edema, rango de movimiento, fuerza, sensibilidad.

El tratamiento irá dirigido a prevenir y corregir los trastornos: adaptación de férulas para las AVDs, adiestrar uso de la otra mano, introducción de rutinas de cuidado de la mano, entrenamiento de ejercicios de relajación, modificación del entorno laboral y tratamiento ergonómico para evitar agravación de síntomas.

PALABRAS CLAVE: Lesiones del carpo, Nervio mediano, Exploración de la mano, Rehabilitación de la mano, Terapia Ocupacional, Ergonomía.

DECS Terapia Ocupacional, lesión de muñeca, Nervio mediano, Rehabilitación de la mano, Ergonomía

ABSTRACT

Carpal tunnel syndrome (CTS) consists of a group of symptoms which are caused by compression or irritation of the median nerve at the carpal canal.

In this syndrome, the objective of occupational therapy is that the person returns to his previous lifestyle or to adapt to the changes which can produce incurable deficits.

To intervene from occupational therapy, it will be necessary to know the anatomy of affected area; make an occupational history that contains personal details about the patient, medical prescriptions, patient record (obtained by interview), precautions and contraindications for CTS, assessment results, list of problems and proposed activities, and a physical and sensitive functional exploration will be made in hand.

Standardized tests or various pain, swelling, range of movement, strength and sensibility tests can be used to assess.

Treatment will be directed at preventing and correcting disorders: adjusting splints for activities of daily living, to train the use of the other hand, introduction of routine care of the hand, relaxation exercises training, to change the workplace and ergonomic treatment to prevent worsening symptoms.

KEYWORDS Injuries carpal, Nerve medium Exploration of the hand, the hand of Rehabilitation, Occupational Therapy, Ergonomics.

MESH Occupational Therapy, Wrist injuries, Median Nerve, hand rehabilitation, Human Engineering

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Túnel Carpiano se llama así porque es un conjunto de síntomas que se producen por la compresión o irritación del nervio mediano a nivel del canal del carpo o túnel carpiano.

Es la neuropatía de atropamiento más común y más estudiada que aqueja a los pacientes que demandan tratamiento de Rehabilitación y luego son derivados a Terapia Ocupacional.

La práctica habitual de la medicina se centra en el diagnóstico y tratamiento de la lesión, de hecho la cirugía ha avanzado mucho en este sentido con éxito probado para tratar los síntomas.

Una de las tradiciones más antiguas de la profesión de Terapia Ocupacional es la ocupación terapéutica y puede enriquecer el proceso de rehabilitación del Síndrome del Túnel Carpiano al establecerse objetivos comunes de recuperación, añadiendo un propósito a la experiencia clínica.

La primera pregunta que surge es: ¿Qué tratamiento aplica el terapeuta ocupacional a los pacientes aquejados del Síndrome del Túnel Carpiano?

Tratando de dar una respuesta vemos que el terapeuta, con los conocimientos adecuados, puede rehabilitar los aspectos físicos, conseguir que la persona vuelva al tipo de vida que llevaba antes o que se adapte a los cambios que le pueden producir los déficit que no son curables, introduciendo al paciente en las actividades compensatorias.

La exposición muestra todos los aspectos que el terapeuta ocupacional debe manejar en su tarea de tratar a pacientes afectados del Síndrome del Túnel Carpiano. Da una relación ordenada de los aspectos físicos, cognitivos y psicosociales a los que el paciente tiene que hacer frente en su vida diaria y laboral.

Dado que no existe una legislación respecto a la documentación que el terapeuta tiene que manejar para medir la eficacia de su intervención, orienta hacia aquellos documentos de registro e instrumentos estandarizados de valoración, que son de uso obligado cuando se aplica un tratamiento de Terapia Ocupacional.

El objetivo es recomendar pautas de tratamiento para pacientes con Síndrome del Túnel Carpiano tratados en los departamentos de Terapia Ocupacional, tanto si se opta por un tratamiento conservador como si la actuación se realiza después de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

La selección de la bibliografía utilizada en la elaboración de este trabajo consideró las palabras clave:

“Atrapamiento”. “Nervio mediano”. “Lesiones del carpo”. “Rehabilitación de la mano”. “Terapia Ocupacional”.

El trabajo se basa en bibliografía impresa y digital., además de la experiencia profesional acumulada durante el periodo que abarca desde 1979 a 2006 como Terapeuta Ocupacional.

Para el desarrollo del tratamiento del Síndrome del Túnel Carpiano en Terapia Ocupacional se consideró importante la presencia de los siguientes apartados:

-Recuerdo anatómico.

-Historia ocupacional.

-Exploración funcional, física y sensitiva.

-Instrumentos de evaluación.

-Actividades propositivas.

-Ergonomía.

DISCUSIÓN:

RECUERDO ANATÓMICO

Cuando tratamos a un paciente diagnosticado de Síndrome del Túnel Carpiano (STC) tenemos que tener presente que nos enfrentamos a un déficit de la función del nervio mediano, que es el que proporciona la sensibilidad para los tres primeros dedos y la mitad del anular. Además es responsable de la fuerza de los músculos tenares, que son los que hacen posible la oposición, es decir, que el pulgar se enfrente al resto de los dedos, que es una característica de la raza humana.

El nervio mediano junto con el cubital y el radial son los tres nervios periféricos principales que se originan en el plexo braquial e inervan la mano. Poseen diferentes tipos de fibras nerviosas: motoras, sensitivas y vegetativas (simpático-vegetativas). Están implicados en el control de los movimientos de la muñeca, mano y dedos.

El túnel carpiano lo podemos localizar en la muñeca y se define por cuatro prominencias óseas palpables: En sentido proximal, pisiforme y tubérculo del escafoide, en sentido distal gancho del hueso ganchoso y tubérculo del trapecio. Por su cara dorsal está limitado por los huesos del

carpo, el semilunar y grande, y por la cara palmar por el ligamento transverso.

Tabla 1

Canal carpiano:

- Zona radial: escafoides y trapecio
- Zona cubital: pisiforme y ganchoso.
- Zona dorsal: semilunar y grande.
- Zona palmar: ligamento carpiano transverso

Aunque no podemos palpar los elementos anatómicos que hay en el túnel carpiano, cuando exploramos a un paciente debemos estar al tanto de su localización puesto que su función es vital para el funcionamiento normal de la mano. Por él pasan el nervio mediano y los tendones flexores de los 5 dedos desde el antebrazo hacia la mano.

Tabla 2

Contenido del canal:

- El elemento más superficial es el nervio mediano.
- Tendones del flexor común superficial.
- Tendones del flexor común profundo.

El síndrome supone la compresión del nervio mediano cuando el espacio en el túnel disminuye o se agrandan los contenidos por diferentes procesos patológicos. Esto causa dolor y entumecimiento en la mano y dedos.

HISTORIA OCUPACIONAL

Cuando un paciente llega al departamento de Terapia Ocupacional lo hace ya diagnosticado por el traumatólogo y valorado por el médico rehabilitador que es el que prescribe el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Partiendo de la hoja de prescripción donde identificaremos los datos del paciente, abriremos una Historia Ocupacional propia del departamento donde podamos registrar:

- N° Historia Clínica. Nombre y apellidos del paciente, también la edad. Médico que prescribe el tratamiento, diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento y duración del mismo.
- Prescripción terapéutica indicada por el médico que podría contener aspectos como: Férulas, ergonomía, motricidad fina, habilidades motoras, estimulación de la sensibilidad o desensibilización, AVD, etc.
- Del paciente nos interesa todo y tendremos que identificar y registrar sus antecedentes a través de una entrevista donde averiguaremos: su nivel educativo, su situación laboral, socioeconómica, psicológica y de la Historia Clínica abierta por el médico sus antecedentes médicos, los procesos paralelos de los que se esté tratando.
- Tendremos que resaltar al final las precauciones y contraindicaciones que hay para el STC.

- Haremos constar los resultados de: *Las diferentes evaluaciones y reevaluaciones con sus observaciones si las hay. *De la exploración funcional física y sensorial. *De las AVD.
- Una lista de problemas que manejaremos en terapia ocupacional.
- Las actividades propuestas.
- Un resumen del análisis

La historia es necesaria para hacer un seguimiento del caso y tomar las decisiones terapéuticas al respecto.

EXPLORACIÓN FUNCIONAL, FÍSICA Y SENSITIVA

En general, si observamos una de nuestras manos vemos que es fascinante por su movilidad, por la complejidad de su organización neuromuscular así como por su habilidad y su capacidad de expresión. En ella, para poder asir objetos con delicadeza y poder manipularlos con precisión, el pulgar es un dedo de características diferentes a la de los demás, con capacidad de rotar lateralmente con respecto a la mano y de oponerse a cada uno de los demás dedos.

Con las yemas de los dedos podemos reconocer al tacto y distinguir, perfectamente, formas, texturas, grosores y tamaños. Con ellas, acumulamos

en nuestro cerebro las sensaciones más sutiles: frío, templado, caliente, húmedo, mojado, seco.

Con los dedos y el hueso de la mano dominamos, poco a poco, los instrumentos y las cualidades de los objetos. Es lo que configura la "habilidad manual prensil".

El conocimiento anatómico de las estructuras de la mano (Tabla 1, 2 y 3), de su fisiología, y de la evolución natural del proceso, nos capacita para ver el impacto del STC, poder valorar los aspectos sensitivos (Tabla 4), motores (Tabla 5), tróficos-vasomotores (Tabla 6) y funcionales, y para decidir el abordaje del tratamiento.

Deberemos identificar en la mano del paciente todas las alteraciones de su anatomía superficial y profunda, alteraciones sensitivas y como la alteración de estos componentes afectan a la función de la mano y a su vez a la ejecución de las AVD, repercutiendo a nivel laboral, económico, psicológico y familiar.

Tabla-3

Distribución del nervio mediano en la mano:

<p>-Rama tenar motora: <i>*Abductor corto del pulgar.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>*Oponente del pulgar.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>*Flexor corto del pulgar.</i></p> <p>.....</p> <p>-Ramas digitales palmares comunes: <i>*Lumbricales del índice y medio.(I, II y III)</i></p> <p>.....</p> <p>-Ramas sensoriales digitales palmares propias: <i>* Superficie palmar de los dedos pulgar, índice, medio y lado radial del anular.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>: *Dorso de las falanges 2º y 3ª de los dedos índice, medio y lado radial del anular.</i></p>

Tabla-4

<p>Cuadro sensitivo</p>
<p>-Dolor, sensación de ardor, pinchazos, hormigueo y adormecimiento en 1º, 2º, y 3º dedos- Parestesias en cara dorsal de 2º y 3º dedos a nivel distal.</p> <p>-Hipoestesia palma de la mano en la zona tenar.</p> <p>-Falta de sensibilidad en el pulpejode1º y 2º dedos.</p> <p>-Habitualmente las crisis se hacen mas intensas por la noche.</p> <p>-Signo de Flick: Positivo cuando el paciente agita la mano para aliviar los síntomas.</p>

-Signo de Phalen: La flexión máxima (ventral y dorsal) de ambos carpos durante un minuto produce parestesias.

-Signo de Tinel: Sensación de descarga eléctrica sobre 2º y 3º dedos al percutir sobre el ligamento anular del carpo.

Tabla-5

Cuadro motor

-Alteraciones de la oposición del pulgar.

-Atrofia en la eminencia tenar con:

-Mano simia (por atrofia del abductor corto y oponente del 1er dedo).

-Signo de Popii (paresia en la extensión de las interfalángicas del 2º y 3º dedos, debido a la afectación de 2º y 3º lumbricales).

-Signo de Nissen: limitación de los últimos grados de flexo-extensión de los dedos

Tabla-6

<p>Signos tróficos-vasomotores</p> <ul style="list-style-type: none">-Atrofia parcial de la eminencia tenar-Edema, tumefacción en la muñeca y en algunos casos en mano y dedos.-Trastornos vasomotores (eritema, cianosis, palidez, aeroparestesias).-Úlceras tróficas.-Quemaduras pulpejo dedo1º.-Mano seca y caliente.

En condiciones normales la eminencia tenar es prominente, los músculos de esta zona, inervados por el nervio mediano (Tabla 7), pueden presentar atrofia hasta el punto de que podamos observar un hueco en esta zona aunque al principio veremos que solo están planos.

Tabla-7

Eminencia tenar:

- Abductor corto del pulgar (capa superficial).
- Oponente del pulgar (capa media).
- Flexor corto del pulgar (capa profunda) (variable, cubital).

En las lesiones severas del nervio existe la pérdida funcional para la oposición del pulgar (Tabla 8), la pérdida de la función de los lumbricales no tiene importancia cuando el nervio cubital está intacto.

Tabla-8

Requisitos básicos para la función del pulgar

- La oposición del pulgar.
- Sensibilidad del pulpejo del pulgar.
- Músculos sinergistas: Extensores de muñeca, Flexores superficiales de los dedos.

Oposición

Le pedimos al paciente que se toque la punta del pulgar con la punta de los demás dedos. Podemos observar el grado de dificultad.

En este gesto tendremos que valorar si la dificultad se debe a:

- **Imposibilidad de abducir el dedo:**

Abducción y aducción del pulgar.

Le pedimos al paciente que extienda el pulgar hacia delante alejándolo de la palma y luego que lo devuelva a la palma.

Se considera normal que el pulgar y el índice formen un ángulo de 70° aproximadamente cuando el pulgar está en abducción total.

- **Incapacidad para flexionar la metacarpofalángica.**

Flexión del pulgar.

Le pedimos al paciente que mueva el pulgar a través de la palma y que toque el cojín que está en la base del dedo meñique, de esta manera observamos la flexión activa de las articulaciones metacarpofalángica e interfalángica del pulgar.

- **O a la incapacidad de rotar el metacarpiano.**

Según el estado de estos músculos seleccionaremos las actividades, de acuerdo al perfil del paciente, que nos sirvan para los objetivos realistas que podamos marcar a lo largo del tratamiento como puede ser el de recuperar la musculatura afectada después de la intervención quirúrgica.

La sensibilidad nos permite, por medio del tacto, el conocimiento del propio cuerpo y del mundo exterior, accionar sobre nuestro entorno cercano mediante la manipulación y proteger nuestra integridad corporal gracias a la alarma.

El STC supone la pérdida de la sensibilidad de los dos tercios palmares:

- El pulgar (I) que representa por sí solo la casi totalidad de las funciones de la mano, gracias a su facultad de oposición con relación a los otros dedos.
- El índice y el medio (II) que forman con el pulgar las tomas de precisión, las pinzas del pulgar con los dedos, bidigitales o tridigitales.
- El anular y el meñique (III) que, con el resto de la mano, son indispensables para la toma palmar, ya que adosan la toma de los mangos de las herramientas del lado cubital y aseguran de esta forma la firmeza del puño.

Podremos encontrar pacientes con diferentes niveles de afectación, se describen tres. El tratamiento se adecuará a las circunstancias del paciente.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Para evaluar el dolor podemos pedirle al paciente que sobre un dibujo de la mano, o en la propia mano si lo tolera dibuje las zonas según la intensidad del dolor.
- Para evaluar el edema necesitaremos una cinta métrica.
- Para evaluar el rango de movimiento lo haremos con un goniómetro.
- Para evaluar la fuerza lo podemos hacer con un dinamómetro.
- Para evaluar la rigidez, cicatrices y el estado de los tejidos lo haremos mediante observación
- Para evaluar el estado de la sensibilidad, detectando si el paciente tiene falta de sensibilidad o hipersensibilidad, utilizaremos diferentes pruebas fisiológicas (sensación, temperatura, discriminación entre dos puntos, sensibilidad táctil, localización de la sensación), nos ayudaremos con monofilamentos.
- Disponemos además de pruebas estandarizadas como son entre otras:
 - Moberg Pick-Up Test.

- Sollermann Test
- Índice de Barthel (autocuidados).
- Índice de Lawton (actividades instrumentales)

ACTIVIDADES PROPOSITIVAS

El tratamiento en los primeros estadios es necesario realizarlo lo más pronto posible para prevenir mayor deterioro de la función de la mano. El dolor generalmente desaparece y no se sufre ningún daño permanente en la mano o muñeca.

El tratamiento de Terapia Ocupacional ira dirigido a prevenir y corregir los trastornos, abarcando de forma general:

- Adaptación de férulas para las AVD.

La férula reduce los síntomas porque mantiene la muñeca en posición neutra, y en esta postura el túnel del carpo alcanza su máximo diámetro. Evita los movimientos de flexo-extensión máximos, permite a la mano hacer la

mayor parte de las tareas que normalmente realiza. Es útil para prevenir las contracturas y las deformidades secundarias. Alivia el dolor, especialmente durante la noche las sensaciones de adormecimiento y hormigueo.

- Valorando las actividades de la vida diaria y formas de manipulación, tendremos que adiestrar al paciente para que intente (aunque sea temporalmente) utilizar la otra mano más frecuentemente.

- Al proponer cualquier actividad, tendremos que valorar la situación de todos los componentes que afectan a la función de la mano, ya que podemos encontrar atrofia muscular, contracturas y rigidez en las articulaciones junto con el dolor. .

Introduciremos rutinas que incluyan colocar hielo en la muñeca, masajear el área y hacer ejercicios de estiramiento.

- En cuanto al edema establecer rutinas como al acostarse, elevar el brazo con una almohada, para que la mano quede por encima del codo, este por encima del hombro y todo el miembro superior por encima del corazón.

- Entrenamiento de ejercicios de relajación en el puesto de trabajo (estiramientos y calentamiento previos), análisis de puesto de trabajo (estudio del puesto de trabajo, para encontrar el factor que ocasiona la enfermedad en el caso que esta sea la causa), modificación del mismo (corregir o eliminar el factor de riesgo y mejorar el desempeño).

- Habrá que intentar modificar el entorno laboral cuando el trabajo aumente y agrave los síntomas, para disminuir la irritación del nervio.

- Cuando tratamos a pacientes intervenidos quirúrgicamente (Tabla 9) aunque los síntomas han mejorado, en ocasiones pueden tardar en remitir, apareciendo otros como son los producidos por la propia incisión que da paso a una zona de cicatriz dolorosa:

Tabla-9

TATRAMIENTO POSQUIRÚRGICO

Establecer hábitos y horario de colocación de la férula.

Programas de ejercicios para aumentar el arco de movilidad y la fuerza muscular, mejorando la flexibilidad, la movilidad y aumentando la resistencia.

Educación y asesoramiento del paciente y su familia.

Control del dolor, desensibilizando la cicatriz, atención al edema, y percibiendo la aparición de sintomatología simpático-refleja.

Control del estrés y apoyo emocional.

Evaluación ergonómica y prevención de las lesiones relacionadas con el trabajo.

- En cualquier caso tenemos que educar y enseñar técnicas compensatorias debido a los trastornos de sensibilidad para que:
- El paciente evite la exposición al frío y al calor.
- Tenga precaución al manipular objetos.
- Modificar el modo de hacer las cosas, alternando las actividades.
- Cuidar y observar de forma regular la piel.

ERGONOMÍA

Como orientación los factores que más influyen en aumentar el riesgo de agravar los síntomas cuando se realizan tareas son:

Postura incorrecta

Fuerza excesiva

Mantener una misma posición durante mucho tiempo

Un alto nivel de tensión

Por lo que tendremos que entrenar al paciente en cuanto a:

Posición:

- En sedestación y bipedestación, evitar posturas desgarbadas
- Adoptar una posición neutral (mantener tus hombros y caderas al mismo nivel y mantener tu columna vertebral en línea, manteniendo la espalda derecha "pero no rígida". Evitar las posturas tensas como torcer la espalda, cruzar las piernas, o encorvar los hombros)

Moderación:

- Variar de actividad y cambiar la posición lo más que se pueda durante el día.
- Entrenar técnicas de relajación mientras trabaja (ayuda a ser más productivo).

Descansos:

Para aliviar la tensión que se va acumulando. Es especialmente dañino estar sentado durante largos periodos de tiempos.

Analizaremos los entornos donde realiza la actividad diaria cada paciente, para valorarlos y proponer su adaptación, así como los objetos que manipula; evitando sobre todo las formas de manipulación, herramientas de trabajo y dispositivos que supongan una presión directa sobre el nervio, o una distensión.

CONCLUSIONES

- Cuando una persona padece del STC hay que tomarse en serio su problema, sufre y nunca se le brinda la ayuda suficiente.
- Se describen diferentes estadios de afectación en cada persona.
- Es necesario realizar más investigación sobre el tratamiento del STC ya que, aún, se considera la cirugía como el tratamiento primario, lo que hace que nuestra mayor oportunidad de actuación sea en pacientes ya intervenidos. Una persona puede sufrir con diferente intensidad los síntomas, vivirlos de manera distinta y necesitar diferentes alternativas de tratamiento.
- En Terapia Ocupacional se concreta un programa de tratamiento con el paciente cuyos objetivos serán: el alivio del dolor y la superación de las limitaciones funcionales.
- Lo lograremos educando, con férulas, ejercicios, ergonomía y además del tratamiento médico con una buena relación terapeuta paciente que permita ahondar en temas personales muy sensibles para identificar elementos que conduzcan a lograr los objetivos trazados de acuerdo a las limitaciones detectadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAXTER, Theresa. MCKENNA, Helennn. Upper limb trauma. En: TURNER, Annie, FOSTER Margare and, JOHNSON, Sybil E. Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills, and practice. 5ªed. New York: Churchill Livingstone, 2002, pp 4421-454.
2. COMPARISON of Three Conservative Treatment Protocols in Carpal Tunnel Syndrome International por O. Baysal "et al". Journal of Clinical Practice 60(7):820-828, Jul 2006.
3. HOPPENFEL, Stanley. Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades. 21ª imp.; México: Editorial El Manual Moderno.1979.
4. BUTLER, David S. Movilización del sistema nervioso. Editorial Paidotribo.2002.
5. SOCIEDAD Americana de Cirugía de la Mano. La Mano. Examen y diagnóstico. 3ª ed. 1993.
6. MALDONADO Pignatelli, F, VAZQUEZ Gallego. Rehabilitación funcional de la mano postraumática. Madrid: Ed. MAPFRE.1981.
7. CHAPINAL Jiménez, Alicia. Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en Terapia Ocupacional. Barcelona: Masson. 2002.
8. KRUSEN Medicina física y rehabilitación, 4ª ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 1993.

TERCERA MESA DE PONENCIAS

Intervención del Terapeuta Ocupacional con población drogodependiente

Dña. Carmen Colomer Rodríguez

Terapeuta Ocupacional. Centro de Atención al Drogodependiente de Latina.
Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid.

Colomer Rodríguez C.: Intervención del Terapeuta Ocupacional con población drogodependiente. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.147-182p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Este artículo lo que intenta describir es la organización e instituciones existentes en la Comunidad de Madrid para actuar sobre la población de drogodependientes, haciendo hincapié en el papel imprescindible del Terapeuta Ocupacional en cada uno de los campos de la prevención, asistencia, reinserción, evaluación y calidad de las personas drogodependientes y sus familiares. Una vez descritas las funciones y forma de trabajo del Terapeuta Ocupacional, se llegará a una conclusión de cual es la forma más eficaz de actuar con este colectivo. Algunas de las conclusiones a las que se llegó fueron; la necesidad de adaptación continua a las necesidades y posibilidades del paciente, realizar un ejercicio continuo de creatividad evitando la rutina, cara a superar dificultades y estimular destrezas y aumentar las actividades y espacios de intervención no formal, que permiten acceder a personas con mayores dificultades de vinculación al tratamiento y en el sostenimiento del compromiso terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, drogodependencia, Centro de atención a drogodependencia, tratamiento grupal para drogodependientes.

DECS Terapia Ocupacional, Trastornos Relacionados con Sustancias, Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias, Psicoterapia de Grupo

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe organizations and institutions in Madrid's community to act on drug dependent population, emphasizing the indispensable role of an occupational therapist in prevention, assistance, reinsertion, evaluation and quality of drug dependent people and their families. At first, the functions and work of an occupational therapist will be described, and afterwards a conclusion about the most effective method to act with this collective will be given. Some of the conclusions are: necessity of continuous adaptation of patients necessities and possibilities, to carry out continuous creative exercises avoiding routine, to overcome difficulties, to stimulate dexterities, and to increase activities and informal intervention spaces. These spaces allow to access people with difficulties of linking to the treatment and the maintenance of therapeutic commitment.

KEYWORDS Occupational Therapy, drugs, the Center for Care of drugs, group therapy for drug addicts.

MESH Occupational Therapy, Substance-Related Disorders, Substance Abuse Treatment Centers, Psychotherapy, Group

INTRODUCCIÓN

Mi trabajo se desarrolla desde hace más de 16 años en lo que hoy es el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, en el seno del Organismo Autónomo Madrid Salud, cuya misión es el desarrollo de las acciones y programas en los campos de la Prevención, Asistencia, Reinserción y Evaluación y Calidad.

A continuación describo brevemente el organigrama de esta Institución y sus campos de actuación para comprender mejor el contexto de este trabajo y ubicarlo claramente dentro del Departamento de Asistencia.

Organigrama de la Institución

El Departamento de Prevención coordina las actividades de prevención que se diseñan en el marco de una intervención global, centrandolo las mismas en seis ámbitos de intervención: educativo, familiar, del ocio y tiempo libre, comunitario, sanitario y de población en riesgo.

El Departamento de Asistencia dirige y ordena las actuaciones asistenciales de diferentes servicios y programas organizados por niveles para adaptarse mejor a las necesidades de cada paciente.

El Departamento de Reinserción tiene como objetivo principal lograr el mayor grado posible de integración en el medio social y laboral de las personas afectadas por un problema de drogodependencia.

El Departamento de Evaluación y Calidad, ha desarrollado los elementos esenciales del Plan de Calidad de la Organización, para que los servicios que se

ofrecen a los ciudadanos tengan unos estándares de calidad homogéneos con unos criterios corporativos. A continuación se presenta el organigrama de la institución. Figura 1

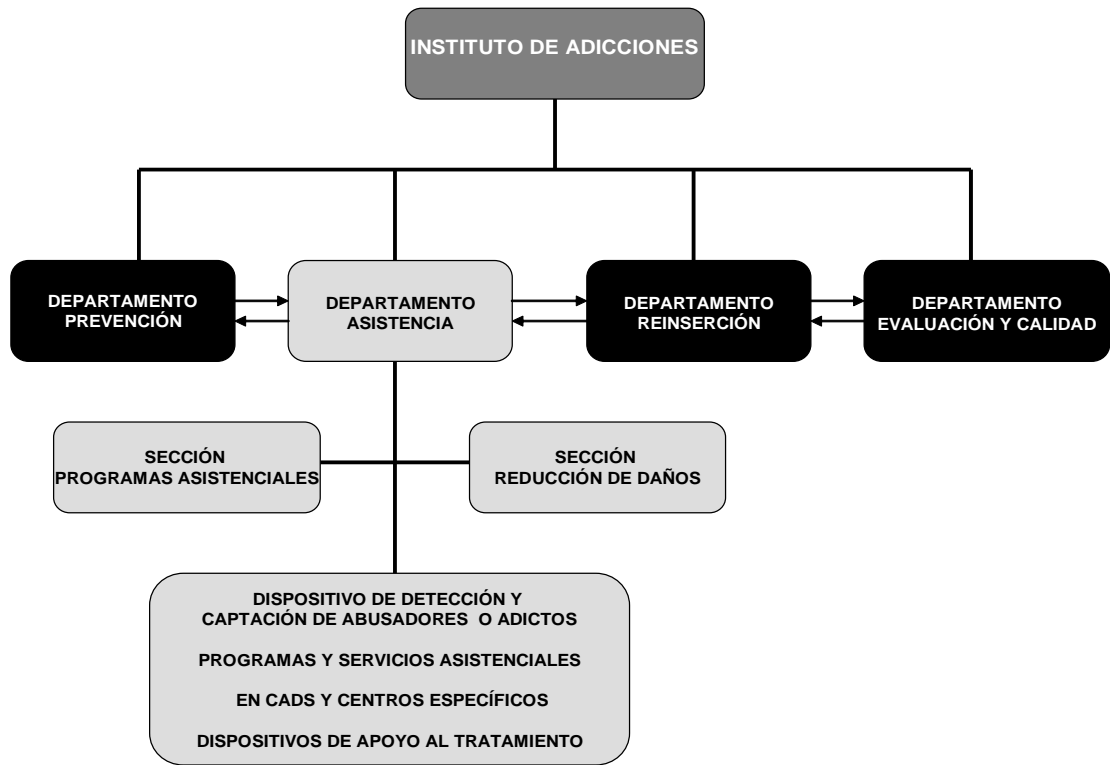


Figura 1

Departamento de Asistencia

Es donde se encuentra integrado mi trabajo, junto al de otras dos compañeras Terapeutas Ocupacionales, y en el que se realiza una tarea en la que interactúan los ámbitos de la Prevención, Asistencia, Reinserción, Evaluación y Calidad de los Servicios.

Objetivo de este Departamento

Atender integralmente desde una perspectiva biopsicosocial a las personas con abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas, así como a sus familias y al entorno más cercano.

Proceso de tratamiento desde al ámbito asistencial

Se entiende como un continuo, que requiere una coordinación estable de las actuaciones que se desarrollan en los ámbitos: preventivo, de reinserción y evaluación. El diseño de la intervención se realizará en función de la valoración de las características y necesidades de cada paciente. El tratamiento en el ambito asistencial queda resumido en la Figura 2

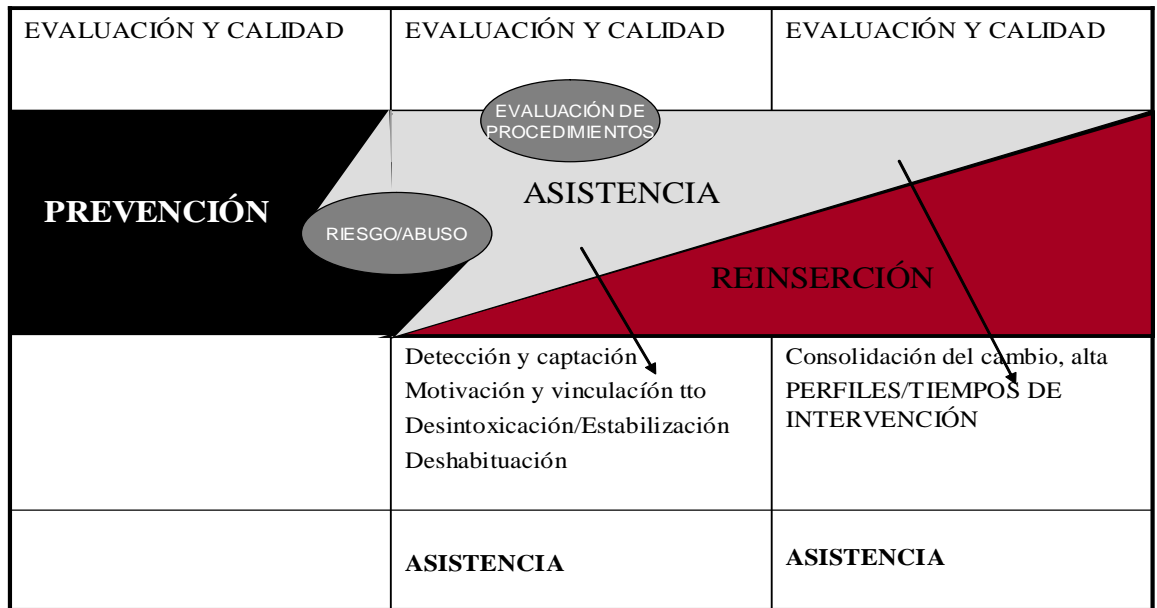


Figura 2

Ordenación de los niveles de intervención

Se han consolidado tres niveles de actuación en función de los objetivos que se marquen para atender las necesidades de cada paciente.

El nivel 1 recoge un grupo de programas y servicios que persiguen la detección, captación y facilitación del acceso de los pacientes a tratamiento, garantizando asimismo una atención básica socio-sanitaria.

El nivel 2 recoge todos aquellos programas asistenciales que se desarrollan en los centros de atención ambulatoria de la red del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

El nivel 3 integra los recursos de apoyo a tratamiento en los primeros estadios de intervención.

El resumen de lo anterior citado se encuentra en la figura 3

- **PROGRAMAS ASISTENCIALES**

NIVEL 3	CENTRO PATOLOGIA DUAL COMUNIDADES TERAPEUTICAS PISOS DE APOYO AL TRATAMIENTO (CAPTACIÓN Y VINCULACIÓN) CENTROS DE DÍA
NIVEL 2	CADS Y CENTROS ESPECÍFICOS
NIVEL 1	UNIDAD MOVIL - "MADROÑO" PROGRAMA DE INMIGRACIÓN - ISTMO CENTRO DE CONTACTO

Figura 3

Nivel 2.- CADs y Centros específicos

Es el correspondiente a los Centros ambulatorios de la red de atención a drogodependientes de la ciudad de Madrid que integra a 12 centros: 7 CADs y 5 Centros Específicos.

Centros específicos

Son los centros encargados de valorar, atender y seguir a pacientes del territorio municipal, están adscritos a los programas de metadona, de alcohol y cocaína. Realizan los tratamientos ambulatorios mediante una intervención

terapéutica interdisciplinar tanto sobre el drogodependiente como sobre el medio familiar y social.

Son los siguientes: Centro de Casa de Campo, Centro de Fucar, Centro de Islas, Centro de Proyecto Hombre y Centro de Cáritas.

Centro de Atención a Drogodependencia (CADs)

Son los centros encargados de recepcionar cualquier demanda que en su ámbito geográfico de cobertura se plantee en relación con conductas de abuso y/o adicción de drogas, asumiendo la valoración de los drogodependientes que acceden al centro. Se configuran por tanto como la puerta de acceso de la Red Asistencial y actúan como centros de referencia, garantizando la valoración y seguimiento de aquellos sujetos derivados temporal o definitivamente a otros servicios asistenciales para completar su tratamiento.

Realizan los tratamientos ambulatorios mediante una intervención terapéutica interdisciplinar tanto sobre el drogodependiente como sobre el medio familiar. Ponen en marcha todos los programas asistenciales y de reinserción que se detallan posteriormente.

Es en uno de estos Centros, en concreto en el CAD de Latina, donde se desarrolla mi tarea.

Ámbito geográfico de actuación

Para acercar los servicios a los ciudadanos que los necesiten y poder ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de cada distrito, los CADs están territorializados, atendiendo cada uno de ellos un sector geográfico determinado.

Territorialización de los C.A.D

CAD Latina: Latina, Moncloa (parcial).

CAD Villaverde: Usera, Villaverde, Carabanchel.

CAD Vallecas: Villa de Vallecas, Puente Vallecas, Moratalaz.

CAD San Blas: San Blas, Vicálvaro, Barajas, Ciudad Lineal.

CAD Tetuán: Tetuán, Chamartín, Moncloa (parcial).

CAD Arganzuela: Arganzuela, Retiro, Chamberí, Salamanca, Centro.

CAD Hortaleza: Fuencarral, Hortaleza.

MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención adoptado por el Instituto de Adicciones es un modelo integrador articulado fundamentalmente a través de la red pública de Madrid Salud y apoyado en el resto de servicios comunitarios (sociales, culturales, educativos...).

En él se establece un modelo de atención de base biopsicosocial, teniendo en cuenta el origen multicausal de las drogodependencias (organización social, estructura personal...) y la necesidad de intervención a todos los niveles.

Al margen del marco elegido, en la práctica profesional se puede observar que no hay un modelo único y que tampoco hay un modelo puro en ejercicio. En la práctica diaria conviven diferentes modelos y enfoques, ejercidos por los diversos profesionales, en el afán de mejorar la atención a la problemática con la que nos encontramos, para una mejor intervención. El resultado es una mezcla, muy válida a mi parecer, de diversas corrientes (psicodinámica, humanista, conductual, gestáltica, sistémica, psicoanalítica...) que facilita vías de actuación. Teniendo siempre presente que la finalidad última de la intervención es apoyar al individuo hacia un encontrarse física, psíquica y socialmente en condiciones de hacer frente a los mismos problemas y dificultades a los que se enfrenta su grupo generacional y acceder a sus mismas oportunidades y a una participación activa en su entorno familiar, laboral y social.

Recursos humanos de los CADs

Director - Jefe de Sección, 3 Médicos, 3 DUE, 1 Auxiliar de Clínica, 1 Técnico de Laboratorio, 3 Psicólogos, 3 Trabajadores Sociales, 3 Terapeutas Ocupacionales, 1 Jefe de Negociado Administrativo, 2 Auxiliares Administrativos, 2 Ordenanzas, 1 Vigilante.

POBLACIONES ATENDIDAS

Existe una gran variedad de poblaciones en atención, con muy diversos niveles de integración social. Así nos encontramos con: personas socialmente integradas y con consumos diversos (cannabis, heroína, cocaína, alcohol, drogas de síntesis,...), población reclusa, población sin hogar, menores, población sujeta a mandato judicial, personas con patología dual, población inmigrante y de etnia gitana y otras poblaciones inespecíficas.

Esta gran variedad exige la diversificación de programas para poder atender a cada uno de forma lo más específica posible.

En el año 2005 se atendieron en los CADs 3.851 casos nuevos o reingresos que, unidos a los casos en atención existentes previamente, sumaron un total de 9.335 personas atendidas.

En el CAD de Latina el número de casos atendidos fue de 1.102, de los cuales 148 fueron reingresos, 280 casos nuevos y el resto casos en atención continuada de año anterior.

Perfil de la población atendida

81% hombres, con edad media de 36 años y 7 meses.

La edad media en el programa de metadona es de 39 años y 5 meses.

66% solteros, 17% casados.

60% sin hijos.

94% españoles.

35% viven con su familia de origen, 27% con familia propia.

6% viven solos y 3% en Instituciones.

52% con un nivel socio-económico medio, 46% con un nivel bajo.

46% posee antecedentes penales.

62% tienen Estudios Primarios o el graduado escolar.

8% no los terminó o son analfabetos.

31% está en paro, 8% tienen incapacidad laboral.

40% son heroinómanos, 25% son cocainómanos, 26% son alcohólicos.

Algo más del 70% han realizado tratamientos previos.

37% iniciaron consumo entre los 15-18 años.

Tienen una media de 16 años y 7 meses de consumo.

23% HIV+ y un 6% con SIDA.

33% presentan trastornos mentales asociados.

En mujeres la edad media es menor, menor índice de solteras, viven más en familia propia, es mayor el número de hijos, más casos de inicio de consumo a través de la pareja y tienen menor índice de incidencias policiales/judiciales.

En Inmigrantes mayoritariamente presentan necesidades básicas, el 44% consumen alcohol, el 26% heroína/cocaína, el 23% heroína, 4% alcohol y cocaína y el 3% cocaína; proceden de 27 países diferentes, el 40% son de Europa del Este, seguidos por Ecuador.

Programas de tratamiento desarrollados en los CADs

Se ordenan en tres grupos:

1. Con relación al tipo de sustancia consumida.
2. Programas transversales de atención.
3. Programas de atención a colectivos con características específicas.

Procedimiento de Acogida y Valoración

Acogida.- la podemos considerar como el primer contacto, presencial o telefónico, que el paciente realiza con un profesional del centro demandando

una intervención que dé respuesta a su problema. Los objetivos de la acogida son: la escucha de la demanda, dar información y orientación sobre el centro y el proceso que se inicia. Este momento es esencial para la retención del paciente y su familia.

Las vías de acceso son muy variadas. La población puede llegar directamente, por propia iniciativa o enviada por otras instituciones u organizaciones: Servicios Sociales Generales, Centros de Atención a la Infancia, Albergue San Isidro, Teléfono de información (SITADE), Insalud, Centros de Salud Mental, Policía Municipal, ONG.'s, Sistema Judicial, Instituciones Penitenciarias, Comisión de tutela, Centro de Contacto, otros C.A.D.'s, etc.

Valoración.- es un proceso continuo a lo largo del tratamiento, forma parte de un análisis continuo de revisión en donde el equipo técnico evalúa desde diferentes áreas la situación del sujeto, diseña una intervención, interviene y vuelve a valorar los cambios que se han producido en la conducta del sujeto y las nuevas circunstancias, modificando si es preciso el diseño de intervención y las estrategias de tratamiento.

En la primera valoración se debe recoger en un principio, la información imprescindible para la asignación a un programa.

Con relación al tipo de sustancia consumida

Programa de Opiáceos

Los consumidores de opiáceos suponen el 40% de la población atendida en la red, va disminuyendo el número, pero aún es necesaria la existencia de un

programa específico que integra un conjunto de intervenciones sanitarias, psicológicas y sociales, destinadas a reducir o extinguir los efectos nocivos del consumo abusivo o la adicción a opiáceos, promoviendo cambios en los estilos de vida de la población que posibiliten una mejora en su estado de salud psicológico y relacional.

Subprograma de Opiáceos: Metadona

Una de las herramientas terapéuticas que intervienen de forma fundamental en el tratamiento es la utilización de fármacos adecuados que permiten conseguir los objetivos propuestos, en este marco vienen desarrollándose programas de metadona para el tratamiento de pacientes consumidores de opiáceos.

Programa de cocaína y otros estimulantes

En este programa se ubican el 25% de los casos atendidos en la red, ello justifica la existencia de un programa específico que integra un conjunto de intervenciones biopsicosociales destinadas a reducir o extinguir los efectos nocivos del consumo abusivo de cocaína u otros estimulantes promoviendo la detección de los factores negativos asociados al consumo y facilitando los cambios en los estilos de vida. Hay un cierto aumento de los consumidores de esta sustancia.

Programa de Alcohol

Recoge al 26% de los casos atendidos en la red, ello justifica la existencia de un programa específico, con los mismos objetivos que los anteriores. La población de este programa va en aumento.

Programa de Cannabis

Atiende al 9% de los casos de la red.

Programas transversales de atención

Programa de reducción de Daños y Riesgos

Con el objetivo de moderar los daños y prevenir los riesgos.

Programa de Atención a Familias.

En el año 2005 se atendieron un total de 1.779 familias de drogodependientes, 186 de ellas en el CAD de Latina. Junto a esto se atendió a otras 623 familias más sin drogodependiente, para asesoramiento, 70 de ellas en el CAD de Latina.

Programas de Atención a Colectivos de Características Específicas

Programa de Atención a Adolescentes y Jóvenes

Este programa tiene como objetivo ofertar un tratamiento integral a los menores adictos o con consumo abusivo de sustancias psicoactivas y a sus familias, teniendo en cuenta el momento evolutivo y las características especiales de este sector de población.

El programa de atención a menores cuenta con un equipo especializado de atención en cada uno de los CADs, compuesto: médico, enfermera, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional.

En el 2005 se ha atendido a 289 menores con abuso o adicción a sustancias psicoactivas de los cuales el 84% consumen cannabis, el 70% consumen tabaco, el 59% alcohol y el 35% cocaína, el 8% drogas de síntesis, el 2% de alucinógenos y otro 2% de heroína. El 67% de las familias de estos menores han participado en los tratamientos.

La edad media es de 18 años, el 83 % son varones, el 50% viven con ambos padres, y el 31% con uno sólo de ellos. El 13% tiene una alta disponibilidad de drogas en el barrio.

El 50% asisten regularmente a clase, el 9% no y el 41% no están matriculados en centros educativos. El 13% trabajan, el 57% estudian y el 30% no tiene actividad definida. El 7% en su tiempo de ocio realizan actividades en solitario, el 48% con el grupo de iguales y el 40% pasan el tiempo en la calle sin actividad definida..

El 11% viven aislados y sin grupo de referencia, el 62% en pandilla con conductas adaptativas y el 23% en pandilla con actitudes desadaptativas.

Programa de Atención a Drogodependientes Sin Hogar

Los drogodependientes con mayores carencias sociales y falta de lugar de residencia presentan dificultades de acceso a la red de atención y en la estabilización de su proceso rehabilitador lo que requiere la creación de un programa transversal, específico para esta población, que integre una serie de

intervenciones biopsicosociales desarrolladas tanto a nivel grupal como individual.

Se ha atendido en este programa a lo largo del 2005 a 486 drogodependientes, de los cuales 247 lo han sido en el CAD de Latina.

Programa de mediación con población gitana

Permite facilitar el acceso a los centros de atención a los drogodependientes gitanos y a sus familias. Se han atendido a 148 usuarios en este programa.

Programa de Atención a Mujeres Drogodependientes

La constatación de la existencia de aspectos diferenciales genera la necesidad de diseñar un programa de atención específico a la mujer adicta que facilite y mejore la eficiencia de la valoración y atención a las mujeres.

Intervención del Terapeuta Ocupacional

El Terapeuta Ocupacional está presente en los diversos campos y programas del trabajo en drogodependencias. Así, actúa en el campo de la prevención (cursos de formación a policía municipal, actuación en colegios con APA.'s, profesores y alumnos); en el tratamiento (como profesional de referencia en la tutorización de casos, en el desarrollo de actividades ocupacionales grupales e individuales, en los grupos de familiares, en el trabajo con menores, en el grupo de acogida a Comunidad Terapéutica...); y en la reinserción en coordinación con los diversos servicios implicados en la misma.

El antiguo PMCD (Plan Municipal contra las Drogas), en agosto del 95, definió la Terapia Ocupacional como una “técnica de intervención que se caracteriza por utilizar la actividad y ocupación como medio terapéutico-rehabilitador, ya que es el vehículo natural del desarrollo personal y la integración en el núcleo comunitario habitual, facilitando el desenvolvimiento adaptativo al entorno”.

Nuestra idea es no sólo la ocupación como objetivo por más que el estar ocupado suponga una clara mejora en lo psico-social, sino también contemplar la actividad como medio de movilización de mecanismos internos y de interacción social.

No es cuestión de “hacer cosas” sino de “ser y sentirse mejor mientras se hacen”.

Buscamos la rehabilitación integral y la recuperación funcional (junto al resto de los compañeros del equipo multiprofesional), en la que hay que trabajar para cubrir objetivos en cuanto a: AVD y autocuidados, entrenamiento de hábitos laborales y orientación vocacional, apoyo en el mantenimiento de funcionalidades, actividades de apoyo y soporte social, mejora en la utilización del tiempo libre... pues éstas son las actividades que mayoritariamente ocupan la jornada de un individuo.

No seguimos un Modelo concreto de Práctica Profesional si bien nos acercamos bastante al Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner y en cuanto al Marco de Referencia Aplicado nos ubicamos en el Humanista desde nuestra visión humanista y holística del ser humano.

Funciones de Terapeuta Ocupacional

1. Participación en el proceso de valoración global de los usuarios que realiza el equipo interdisciplinar y exploración específica de los aspectos referidos a la TO.
 - 1.1. Valoración de la organización de la vida diaria y del tiempo libre de los usuarios.
 - 1.1.1. Valoración de la organización de la vida diaria.
 - 1.1.2. Identificación de los hábitos de vida relacionados con el consumo de sustancias.
 - 1.1.3. Análisis de las pautas de conducta y actitudes en la ocupación del tiempo libre.
2. Intervención terapéutica-ocupacional a nivel individual, grupal y familiar:
 - 2.1. Planificación, organización y funcionamiento de los grupos de terapia ocupacional, con programación de actividades formativas ocupacionales y de ocio.
 - 2.2. Diseñar el programa de intervención terapéutico-ocupacional mediante objetivos individualizados y adecuados a los recursos disponibles.
 - 2.3. Ejecutar el programa diseñado a través de actividades, técnicas y métodos específicos de la terapia ocupacional dirigidos a la reeducación (habilitación-rehabilitación) de los usuarios.
 - 2.4. Seguimiento de la evolución de los usuarios, ajustando la intervención terapéutico-ocupacional a las necesidades y objetivos definidos en el tratamiento en relación a su integración social.
 - 2.5. Evaluación de forma continuada del programa de intervención ocupacional y realización de los informes oportunos.

- 2.6. Colaboración, mediante aportaciones específicas de este ámbito profesional, en el conjunto de tareas que conforman el proceso de tratamiento (grupos de usuarios y familiares, de Educación para la Salud, apoyo a la desintoxicación...)
- 2.7. Adiestrar y/o asesorar a los familiares y mediadores comunitarios que participan en los programas de terapia ocupacional.
3. Coordinación con aquellos recursos comunitarios (educativos, recreativos, deportivos, culturales...) que favorezcan el proceso de tratamiento y faciliten la integración social de los usuarios en el campo ocupacional.
 4. Participación y coordinación con el equipo interdisciplinar del CAD aportando la valoración e información propia del área de terapia ocupacional
 5. Colaboración en las actividades preventivas y formativas que desarrolla el CAD, en relación al área ocupacional.

Objetivo General

Fomentar la sociabilidad a nivel grupal o individual, realizándose actividades encaminadas a la adquisición de hábitos, destrezas y normas de conducta que favorezcan el desarrollo personal y la integración en el núcleo social habitual.

Objetivos específicos

Consecución, mantenimiento y refuerzo de la abstinencia.

Contención en el proceso de intervención.

Motivación y canalización de intereses para la realización de actividades culturales, deportivas y lúdicas en general.

Fomento de la creatividad y la libre expresión.

Preparar al individuo para una futura autoplanificación de su tiempo libre.

Apoyo al tratamiento y motivación en la continuidad del mismo.

Contacto e integración en el marco comunitario.

Obtención de un grado óptimo de desarrollo, cuidado y autonomía personal.

Mejorar los niveles de autocontrol y autoestima.

Despertar intereses de tipo vocacional.

Facilitar y desarrollar el proceso de socialización en sus vertientes: afectiva, intelectual y relacional.

Aprendizaje de la prevención de episodios de recaídas, ansiedad, tensiones y angustia.

Población diana

Pacientes en tratamiento urbano en cualquiera de sus programas por sustancias y de los colectivos con características específicas, tanto en las fases iniciales del tratamiento, como en la continuidad del mismo, durante la espera y en el retorno de recursos de apoyo (comunidad terapéutica, patología dual, UDH, estancia en piso de reinserción).

Familiares de los mismos.

Bloques de actividad

Valoración

Es realizada por el T.O, en entrevista individual o familiar. Los objetivos de esta valoración son:

Recoger información sobre la persona: datos personales, situación personal y familiar, hábitos y rutinas cotidianas, autonomía personal, intereses y aficiones, formación y situación laboral, relaciones sociales y organización, motivación y actitud general, objetivos personales y expectativas,...

Facilitar información sobre objetivos de la T.O. y de la actividad propuesta.

Acordar el programa a seguir y explicar la normativa básica (puntualidad, asistencia regular, participación activa, respeto mutuo, no consumo en el contexto del tratamiento...).

Firmar el contrato terapéutico ocupacional.- por el que se asume un compromiso de colaboración e implicación en aquellas actividades y grupos en los que voluntariamente se ha optado a participar. En este documento se indican las actividades y horarios elegidos en la planificación de la intervención de T.O. El paciente puede decidir los días en que acude a T.O. así como las actividades comprendidas en ellos y asume el compromiso de acudir regularmente a los mismos, justificando las ausencias si se dan.

Establecer objetivos de trabajo en las diversas áreas en que se necesite, Figura 4

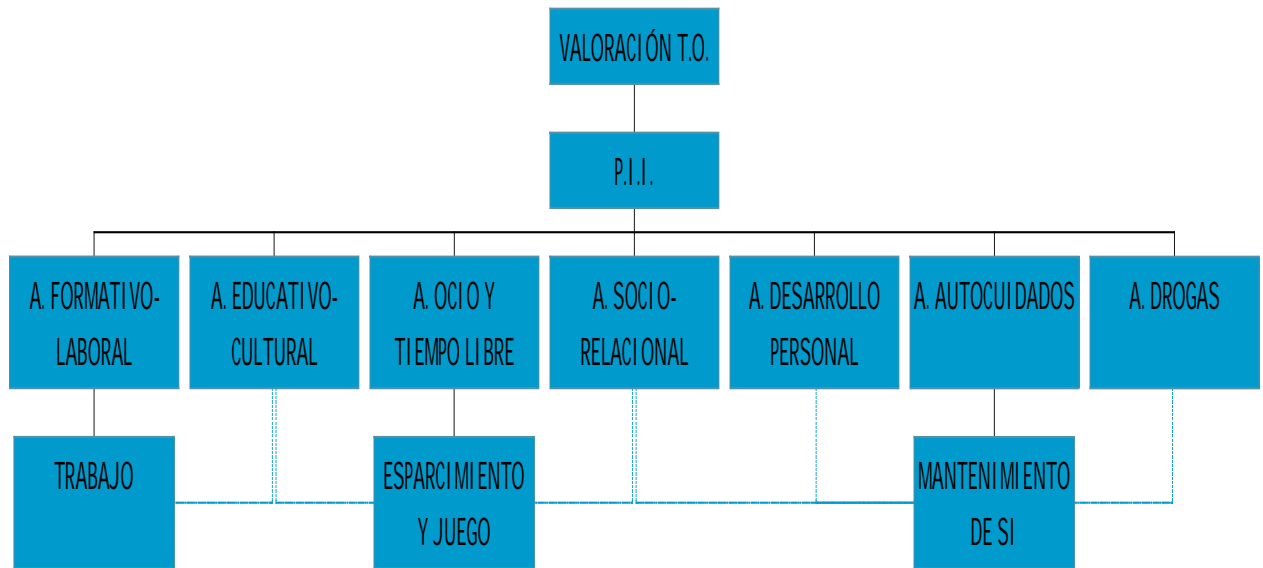


Figura 4

Intervención

Individual

Con pacientes: cuando el tipo de intervención ocupacional o las características personales del paciente lo precisan se realiza este tipo de actuación bien de forma puntual o continuada. También se utiliza este tipo de intervención para el seguimiento periódico y revisión del plan de intervención ocupacional así como reajuste de objetivos.

Con familias

Grupal

Aquí describiremos las distintas áreas de tratamiento grupal dirigidas por el T.O.

- T.O. grupal en tratamiento urbano (“Aula de actividades”).

Llevado a cabo por las tres T.O.

Se desarrolla de lunes a viernes, en horario de mañana, entre 9'30 y 12'00.

De carácter voluntario.

Grupo de unas 15 personas máximo.

Combina actividades de carácter manual, artístico, de ejercitación física y coordinación psicomotriz, de carácter cultural y lúdico, así como sesiones que promueven la consolidación del grupo y el tratamiento de conflictos grupales; con la búsqueda de un grado óptimo de desarrollo, cuidado y autonomía personal.

De carácter abierto, con ingresos y altas de forma continua, a lo largo de todo el año.

Sin una duración máxima ni mínima predeterminada sino sujeta a las necesidades y objetivos concretos de cada paciente.

- Grupo Sin Hogar y casos especiales de Metadona.

Llevado a cabo por las T.O.

Un día a la semana, de 9'30 a 12'00.

Abierto, sin exigencia de continuidad.

Con objetivos muy básicos: descubrimiento de intereses, motivación a la abstinencia y su afianzamiento, hacer de la ocupación una herramienta terapéutica y un medio para la vinculación al tratamiento, facilitar formas de ocio más sano.

- Grupo de relajación.

Llevado por T.O. y Enfermera.

Una sesión semanal, en horario de tarde de 18 a 19 horas.

De carácter voluntario y totalmente abierto.

Sin necesidad de establecer continuidad en la asistencia: puede ser puntual, esporádica, regular...

A lo largo de todo el año, excepto en la época estival (de julio a septiembre) en que el Centro no abre por las tardes.

Para facilitar el desbloqueo, canalizar y eliminar tensiones, mejorar el manejo de la ansiedad y rebajar el nivel de estrés, a través del trabajo corporal, el entrenamiento respiratorio y el aprendizaje de técnicas sencillas de relajación.

- T.O. para el acceso a recursos de apoyo.

En colaboración con otros miembros del Equipo.

Para facilitar el entrenamiento de hábitos básicos de autocuidado y AVD, así como en habilidades sociales cara a una mejor adaptación y aprovechamiento del recurso al que se van a incorporar.

- Grupo de familiares: de pacientes en tratamiento y de menores.

Llevados por T.O. y otro miembro del Equipo (Auxiliar de Clínica o Enfermera).

Con una sesión semanal, en horario de tarde, un una duración de 1'30 horas.

De carácter voluntario y abierto, a lo largo de todo el curso, excepto en los meses de verano.

Para asesorar, informar, apoyar y acompañar a las familias a lo largo del proceso de tratamiento así como facilitar el entrenamiento en habilidades de convivencia y comunicación, estrategias de afrontamiento de recaídas, destrezas todas ellas importantes en este proceso. También es necesaria en estos grupos la ayuda a las familias a superar su aislamiento dado el estigma social del problema, ofreciendo esperanzas realistas.

Seguimiento

El seguimiento de los grupos y de cada paciente se hace de forma continuada a través de la observación diaria y la coordinación en Equipo del caso con los demás profesionales que participan en el abordaje del mismo.

Evaluación

Existe una evaluación a lo largo de la actividad diaria, a través de la observación y una evaluación final, en la que se contempla el nivel de consecución de los objetivos establecidos en el programa individualizado de intervención y en la que el propio paciente valora cómo ha desarrollado la actividad, cómo la ha sentido, el manejo de los materiales y herramientas, cómo se ha vivido sí mismo y a los demás (compañeros y profesionales), qué

aporta en ello y qué le aportan los demás. Tanto lo valorado como positivo como lo valorado como negativo hablan del eco interno que desencadena la actividad y mecanismos en juego que nos dan nuevas pistas para continuar el abordaje interdisciplinar.

Coordinación

A nivel interno de Terapia Ocupacional, con los compañeros del Equipo interdisciplinar, con los recursos comunitarios y entidades subvencionadas y no subvencionadas por el Instituto de Adicciones para realizar programas de colaboración, con otras Instituciones (Servicios Sociales, Albergues, Sistema judicial y penitenciario...); de forma periódica a lo largo de todo el proceso de tratamiento.

Protocolos

De entrevista de valoración inicial.- para recoger la información en la valoración.

Ficha personal.- con los datos básicos del paciente.

Contrato terapéutico.

Otros: autoregistros de ocupación, orientaciones de AVD...

Registro de Asistencia

Registro de Actividades y frecuencia.

Registro de Altas y bajas.

Recursos: materiales, humanos, comunitarios

Humanos: tres Terapeutas Ocupacionales, monitores de actividad de los recursos comunitarios, voluntariado de FERMAT, alumnos en prácticas de T.O., otros miembros del Equipo en actividades compartidas.

Materiales: el espacio físico del CAD en donde se realiza nuestra tarea (dos salas de grupo, cocina, tres despachos), más el correspondiente material necesario para cada una de las actividades que se provee de forma anual a través de pedido centralizado en el Instituto de Adicciones.

Comunitarios: Centros Culturales del Distrito, Biblioteca Pública Municipal de la zona, Asociación de Vecinos de Las Águilas, Emisora de Radio Onda Latina, Polideportivos Municipales de la zona.

Organización del trabajo

Horario semanal del CAD: Figura 5

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>
AVD	Deporte	Radio	Dibujo	Artesanía
Socioterapia	G° Sin Hogar	Relajación	Informática	Ludoterapia
Valoraciones, Seguimientos, reuniones de coordinación y trabajo en Equipo				

Figura 5

A través de la actividad se trabajan diferentes áreas con sus correspondientes objetivos, que inciden en el desarrollo de las funciones: cognitivas, psicomotrices, afectivo-relacionales y productivo-comportamentales.

Área físico-deportiva:

Busca la mejora del estado físico y la eliminación de tensiones, dar a conocer y facilitar el uso de instalaciones deportivas, adquirir la técnica deportiva, desarrollar habilidades de sensibilidad y control corporal.

En actividades como: tenis, frontón, fútbol, squash, baloncesto, ping-pong, natación, piragüismo, balonmano, ciclismo, badmington, musculación, yoga, Tai-Chi, relajación.

Área de ocio y tiempo libre

Busca aumentar la capacidad de concentración, estimular la creatividad del individuo, detectar intereses y reforzar la realización de la tarea con el descubrimiento y desarrollo de aptitudes, desarrollar habilidades sensoriales, obtener un ritmo adecuado de actividad, preparar al individuo para una futura autoplanificación del tiempo libre.

En actividades como: habilidades manuales y artísticas (dibujo y pintura, trabajos con cuero, madera, escayola, papel...), jardinería, fotografía.

Área de Actividades de la Vida Diaria

Busca conseguir la adquisición y mantenimiento de una amplia gama de actividades de la vida cotidiana tanto básicas (aseo, alimentación, vestido) como instrumentales (tareas domésticas, cuidado de la salud y manejo de la medicación, economía, roles personales).

En actividades como: cocina, realización de compras sencillas, autoregistro de actividades diarias, uso de transporte público, observación de hábitos cotidianos de orden, limpieza, puntualidad, cuidado personal, etc.

Área socio-cultural

Busca la vivencia de actitudes relacionales de participación, colaboración, respeto, persuasión, liderazgo, comunicación...; aumentar el conocimiento y utilización de los recursos comunitarios cara a un mejor uso de los mismos.

En actividades como: salidas urbanas a exposiciones, museos, asociaciones, centros culturales; búsqueda de información sobre recursos de ocio en Internet, Centros Culturales, Bibliotecas, Aulas de Naturaleza...

Área de habilidades sociales y técnicas de expresión

Busca potenciar la capacidad para una correcta comprensión oral, fluidez y expresión, facilitar la espontaneidad expresiva oral, escrita y corporal, la concentración y atención, la memorización y la imaginación, desarrollar la capacidad de observación razonamiento y reflexión, mejorar la relación con uno mismo y el mayor control de reacciones y conductas, mejorar el abordaje para la resolución de problemas y conflictos, aumentar la tolerancia a la frustración, entrenamiento en la toma de decisiones, promover la discusión grupal y la aceptación de opiniones, aumentar la capacidad para la expresión a través del cuerpo adquiriendo un mayor equilibrio corporal y armonía corporal.

En actividades como: Psicomotricidad, relajación, teatro, dinámicas grupales, video forum, tertulias y debates, taller de radio, talleres en la biblioteca municipal.

Área de orientación prevocacional y prelaboral

Busca valorar aptitudes e intereses vocacionales, fomentar hábitos de puntualidad, asistencia regular, aceptación de normas, calidad en la realización de trabajos y ritmo adecuado en su realización, correcto manejo de herramientas y materiales, llevar a término los trabajos, interés y esfuerzo hacia la ejecución de la tarea.

En actividades como: test de orientación vocacional, informática, ergoterapia.

Resultados

Desde nuestra opción de adaptar la T.O. al paciente y no al paciente a la T.O. ¿qué tenemos a día de hoy?:

- Trabajo principalmente en grupo. Creemos firmemente en el poderoso valor terapéutico de “lo grupal”, con todas sus interacciones; sin descartar lo individual para llegar a todos: orientación en el campo del ocio y tiempo libre (favorecer habilidades necesarias en la elección, realización y participación en actividades de diversión, relajación y autoexpresión como medio de satisfacción de la persona, el ocio terapéutico) en usuarios que no acceden a grupos de T.O. por tener su vida laboral en activo y que están en tratamiento (p.e.

cocainómanos), y que en este área de lo lúdico tienen un punto débil, que es fácil que lo cubran con un aumento del tiempo de trabajo, o una vuelta a las antiguas formas de ocio ligadas al consumo; con los usuarios con patología dual (personas con fobia social, paranoias, manías persecutorias...) que necesitando abordaje y apoyo, no es fácil que acudan a "lo grupal"; con cierta población sin hogar, por su desestructuración y por sus carencias económicas que dificultan su desplazamiento.

- Un grupo base heterogéneo: en cuanto a sexos (han aumentado las mujeres), sustancias de consumo, edades (actualmente entre 23 y 75 años), procedencia (algún inmigrante), tiempos de abstinencia (incluso sin consolidar).

- Sostenemos un enfoque terapéutico-ocupacional en el que hemos de combinar nuestros conocimientos y experiencia en el tema de adicciones con los que poseemos de salud mental, geriatría y discapacidad física.

- Replanteamiento de la primordial importancia de la AVD (Actividades de la Vida Diaria) tanto básicas (cuyo objetivo es garantizar la supervivencia a través de la satisfacción de necesidades básicas y hábitos de vida como el aseo y el vestido, el sueño, la alimentación y la salud) como instrumentales (cuyo objetivo es la independencia a través del desarrollo de habilidades y el rendimiento en tareas domésticas y del hogar, desplazamientos, manejo de dinero y cuidado de otros).

- Un trabajo constante en cuanto al descubrimiento y estimulación de intereses para el desarrollo de sus capacidades.

- Uso, siempre que es posible, de los recursos comunitarios como forma de vinculación al mundo "normalizado".

- Y no establecemos límites de tiempo en la atención, ajustándolo al proceso individual. No existe un máximo de tres meses como se determinaba en algunos documentos. El tiempo de estancia está oscilando entre semanas y más de un año (especialmente en casos de alcohólicos jubilados).

Conclusión

Este planteamiento de trabajo nos exige en nuestra práctica profesional:

Un ejercicio de flexibilidad para no ceñirnos a esquemas fijos que, si bien son más seguros, pueden no llegar a los perfiles nuevos.

Una adaptación continua a las necesidades y posibilidades del paciente.

Mantenimiento de un encuadre claro que marca unos referentes estables en el tratamiento.

Ejercicio continuo de creatividad evitando la rutina, cara a superar dificultades y estimular destrezas.

Aumento de actividades y espacios de intervención no formal, que permiten acceder a personas con mayores dificultades de vinculación al tratamiento y en el sostenimiento del compromiso terapéutico.

Esfuerzo de renovación continua y apertura a nuevas posibilidades sin perder nunca nuestra identidad profesional.

Seguir creyendo en la importancia de lo multidisciplinar, desde la complementariedad profesional y la mirada al paciente de forma integral e integrada.

BIBLIOGRAFIA:

1. Colomer Rodríguez MC. Cambio de patrones y sustancias de consumo en un drogodependiente. Sesión Clínica APETO.2003.
2. Colomer Rodríguez MC. Terapia Ocupacional "Actividades Ocupacionales". II Jornadas del Instituto de Adicciones. 2005.
3. Plan Municipal contra las Drogas. Documento Marco y Plan de Atención a Drogodependencias. Ayuntamiento de Madrid 1989.
4. Aproximación a las funciones y cometidos de los Terapeutas Ocupacionales de los CAD's. Ayuntamiento de Madrid. 1995.
5. Instituto de Adicciones. Memoria 2005.
6. Instituto de Adicciones. Memoria 2006.

TERCERA MESA DE PONENCIAS

Análisis del desempeño ocupacional de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA en la Comunidad de Houndé, Burkina Faso.

Dña. Inma Zango Martín

Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Humanidades.
Realizando el doctorado en el área de psicología de la salud.
Medicus Mundi Castilla-La Mancha.
Fundación General de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Zango Martín I.: Análisis del desempeño ocupacional de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA en la comunidad de Houndé, Burkina Faso. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.183-213p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

El análisis del desempeño ocupacional de las mujeres con VIH/SIDA servirá para realizar tratamientos de prevención, mantenimiento o rehabilitación de las áreas ocupacionales más alteradas por esta epidemia.

Las mujeres con VIH/SIDA son un colectivo doblemente afectado: personas con un diagnóstico de VIH/SIDA y que viven en una situación de injusticia, privación y discriminación ocupacional que limita la participación en las actividades de su cotidianidad; situación que se acentúa por la desigualdad de género. Se evaluaron las limitaciones ocupacionales que la persona encontraba en su cotidianidad y que podía desembocar en una situación de privación o déficit en el desempeño ocupacional; y a partir de esta evaluación, y valorando las capacidades de las mujeres, se pueden establecer tratamientos ocupacionales dirigidos a paliar o mejorar esta situación y así, mejorar su calidad de vida.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que es la sintomatología social la que más afecta a las mujeres con VIH/SIDA.

PALABRAS CLAVE: VIH/SIDA, ocupación, desempeño ocupacional, mujeres.

DECS Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, ocupaciones, mujeres.

ABSTRACT

The research based on the occupational performance of women with HIV/AIDS will be useful to provide prevention, supporting or rehabilitation treatments for the occupational performance areas more touched by this epidemic.

Women with HIV/AIDS are a group doubly affected. On one hand, they are diagnosed with HIV/AIDS. On the other hand, they live in an unfair situation, occupational deprivation and occupational apartheid which limit their participation in everyday life activities. This situation is highlighted by gender inequality.

The occupational limitations which were found in their daily life and which could lead to deprivation or to a lack of occupational performance have been assessed. According to this study and depending on the assessment of women's abilities, occupational treatment can be administered to mitigate or improve this situation and thus, enhance their quality of life.

The results of this research reveal that it is social symptomatology which most affects women with HIV/AIDS.

KEYWORDS HIV / AIDS, occupation, occupational performance, female.

MESH Acquired Immunodeficiency Syndrome , Occupations, Women

*“Es imposible posar los pies en Burkina Faso y quedarse con la retina en calma. Los contrastes invitan a que se produzcan en sólo un momento miles de emociones. Unas hacen que la boca esboce una sonrisa... otras que las preguntas sean la banda sonora de los primeros días...y de días después, también... aunque la nota musical del interrogante va cambiando... Llegué a Ouagadougou en la noche. Las mujeres se afanaban en quitarle el polvo a una de las pocas vías asfaltadas del barrio cercano al aeropuerto. Los cuerpos dormían, tranquilos y sin miedo, al aire libre. Algunos, apoyados en una silla y otros, tumbados en las esteras del suelo... Silencio...la noche en Burkina Faso tiene menos luz...y más calma...” (Zango Martín, I. **Notas del cuaderno de viaje, julio-agosto 2006**)*

INTRODUCCIÓN:

La presente ponencia tiene como objetivo realizar un análisis del desempeño ocupacional de las mujeres afectadas por VIH/SIDA en la comuna de Houndé, Burkina Faso. Un análisis de las repercusiones que esta epidemia tiene sobre las áreas ocupacionales de las personas afectadas será de gran utilidad para focalizar los tratamientos en las áreas ocupacionales más afectadas.

El VIH/ SIDA tiene repercusiones en todas las áreas de la vida de la persona. La investigación se realizó con el apoyo de una asociación local, REVS+ Houndé. Esta asociación local es la contraparte de la ONGD Medicus

Mundi Castilla-La Mancha para la construcción y puesta en marcha de un centro de apoyo integral para personas afectadas por VIH/SID. REVS+ Houndé, tiene como objetivo el abordaje integral de las personas que pertenecen a la asociación. Este análisis del desempeño ocupacional de las mujeres con VIH/SIDA, servirá para realizar tratamientos de prevención, mantenimiento o rehabilitación de las áreas ocupacionales más alteradas por esta epidemia. Las repercusiones del desempeño ocupacional entre el colectivo de mujeres afectadas es tan relevante, que incide sobre toda la comunidad e incrementa la vulnerabilidad de éstas a la epidemia. Se vincula la ocupación con la salud y como método para capacitar a las mujeres afectadas por el VIH/SIDA en contextos como Burkina Faso. De este modo, se rompe con el ciclo negativo pobreza-enfermedad-pobreza.

Es necesario en el abordaje de una epidemia como el VIH/SIDA que la mirada esté puesta en todas las áreas del ser humano, para ofrecer un tratamiento integral que mejore la calidad de vida de las personas afectadas dando respuesta a sus necesidades.

- **Desempeño ocupacional y VIH/ SIDA:**

El desempeño ocupacional es la capacidad para llevar a cabo las actividades de las siguientes áreas ocupacionales: Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Educación, Trabajo, Juego, Participación social y Ocio. El desempeño ocupacional resulta de la

consecución de la ocupación y ocurre a través de una transacción dinámica entre la persona, el entorno y la ocupación. Para realizar un análisis del desempeño es preciso conocer: las características personales, las habilidades, los patrones ocupacionales, el entorno y la demanda de la actividad de modo que podamos establecer si el desempeño ocupacional se realiza de manera óptima. (AJOT, 2002: 609-639). La ocupación forma parte de la condición humana (Arendt H., 1958) y está presente en todos los contextos. Éste determina profundamente la forma, entendiendo por ésta los materiales utilizados para su realización, el tiempo y el espacio empleado en desarrollar la ocupación, así como el significado personal y cultural de las ocupaciones. Existe una vinculación entre la ocupación y la salud: "El hombre a través del uso de sus manos movidas con la energía de su mente podrá influir en el estado de salud" (Reilly M., 1962:2). En el año 2001, la salud es definida desde un punto de vista ocupacional por la Organización Mundial de la Salud, reconociendo que ésta puede verse afectada por la incapacidad de llevar a cabo actividades y participar en situaciones de la vida cotidiana (WHO, 2001). Las tres dimensiones conectadas dentro de la ocupación son lo que la gente "hace" para "ser" y de este modo "llegar a ser". El "hacer" es la parte más observable de la ocupación. La dimensión de "ser" es el sentido que el "hacer" particular tiene para la persona que lleva a cabo la acción. La dimensión de "llegar a ser" implica la transformación mediante la cuál la persona intenta desarrollarse, cambiar, crecer y mejorar en ciertos aspectos. (Wilcok A.: 1998b: 249).

Las mujeres afectadas por VIH/SIDA son un colectivo doblemente afectado. Por un lado, personas con un diagnóstico de VIH/SIDA y por otro, personas que viven en una situación de injusticia, privación y discriminación ocupacional que limita la participación en las actividades de su cotidianidad. Esta situación se acentúa por la desigualdad de género y las repercusiones que esta situación tiene sobre otros ámbitos de la persona tales como economía, acceso a recursos sanitarios, educación, respeto de los derechos humanos entre otros. El VIH/SIDA es una enfermedad que debilita el sistema inmunológico y hace que las personas sean más vulnerables ante las infecciones. Principalmente el VIH/SIDA, es una epidemia que estigmatiza ligada a ciertos comportamientos de riesgo. Se conocen las vías de contagio, pero por el momento no existe la vacuna que erradique la epidemia. De este modo, precisa de una intervención que responda a las consecuencias que el VIH/SIDA tiene en el sistema sanitario, el sistema social, la economía, la educación, la seguridad alimentaria y la política del país que afecta. La complejidad de esta epidemia radica en que la enfermedad está sinérgicamente agravada por el hambre, los problemas económicos, la pérdida de población activa, la violación de los derechos humanos, entre otros condicionantes más relevantes. Las personas con VIH/SIDA, bien por el estado debilitado de su salud o bien por la fuerza del estigma, son abocadas al rechazo y por lo tanto al abandono de sus actividades cotidianas.

La injusticia, privación y discriminación ocupacional favorece la aparición de la exclusión social y marginación, de modo que puede ser la causa y

consecuencia de epidemias como el VIH/SIDA. "Las ocupaciones son la oportunidad y la capacidad para fomentar la potencia individual, la cohesión con la comunidad y la integración social" según sostiene la terapeuta ocupacional A. Wilcock (2001:412-417). Por lo tanto, la ocupación está estrechamente vinculada con la salud, pero también con otros aspectos como la identidad de la persona y de las sociedades, formando parte del proceso de adaptación y por lo tanto de cambio social. "Las ocupaciones son la clave no sólo para ser una persona, sino para ser una persona particular con una identidad propia" (Christiansen Ch. 1999: 547-556).

Las características de la epidemia de VIH/SIDA son fluctuantes. Las cifras estimadas por ONUSIDA (2006:3-23) son escalofriantes: 2,8 millones de personas morirán a consecuencia del sida, 38,6 millones de personas vivirán al final del 2005 con VIH y el número de personas infectadas por el VIH en el mismo año es de 4,1 millones de personas de las cuales el 95% viven en países del África subsahariana, Europa oriental y Asia.

Las cifras nos interrogan como profesionales socio-sanitarios. Los Terapeutas Ocupacionales tenemos un compromiso: por un lado referido a los cambios actitudinales y por otro, mejorar el medio de las personas con limitaciones (ILO, UNESCO, WHO, 2004). Ante la situación de la patología social emergente, provocada por situaciones de marginación y exclusión social, a la que son abocadas personas afectadas e infectadas



por el VIH/SIDA, mayoritariamente las mujeres. Debido a la influencia negativa que el VIH/SIDA tiene en la ocupación de las personas, los terapeutas ocupacionales tienen justificada su intervención. La respuesta de los terapeutas ocupacionales ante la demanda de las personas afectadas por el VIH/SIDA debe darse en forma de ocupación, siendo esta nuestro principal método de tratamiento (Zango I. 2006:3). La ocupación está estrechamente vinculada con aspectos físicos, psicológicos, significado cultural, el contexto, el tiempo, lo social, lo simbólico, con aspectos étnicos y espirituales de la persona. Tener en cuenta algunas características del contexto en el que se lleva a cabo el análisis del desempeño ocupacional de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA nos ayudará a entender los resultados obtenidos en el presente estudio y poder orientar la intervención de los tratamientos ocupacionales.

- **La feminización de la epidemia:**

Actualmente hay una feminización creciente de la epidemia del VIH/SIDA evidente en países de África subsahariana y latente en muchos países del mundo. "La epidemia del VIH/SIDA no se explica solamente a partir de los comportamientos de riesgo, pero sí a partir de realidades sociales y culturales más complejas que hacen aparecer las desigualdades de género y características de la identidad favorables a la epidemia" (Vonarx N.2003:3)

Entre el colectivo de mujeres, destaca el riesgo entre de las más jóvenes. El rango de edad de mujeres entre 15 y 25 años es un grupo de riesgo al que hay que prestar especial atención según los datos ofrecidos por

ONUSIDA en el año 2003. Además hay que tener en cuenta las repercusiones que tiene el VIH/SIDA en el colectivo de mujeres jóvenes. Gran parte de las mujeres en este rango de edad, tienen cargas familiares a las que están obligadas a hacer frente. Por lo tanto, la repercusión de esta epidemia en una mujer, es la afectación y el riesgo de toda la familia y por consiguiente, de toda la comunidad.

El género sexual es según lo define la Coalición de Interagencia de Sida y Desarrollo de Canadá es: “Un conjunto de comportamientos masculinos y femeninos adquiridos, definidos por la sociedad, que influencia las oportunidades de las personas en relación a sus roles y que determina el tipo de relaciones que se establecerán. El género sexual es un contrato social y por lo tanto, las diferencias entre los hombres y las mujeres pueden variar de una región a otra. En general, el género determina: la masculinidad, la feminidad, los roles, el estatus, las normas, los valores, las responsabilidades, las demandas, la sexualidad, la división del trabajo, la partición del poder, las responsabilidades, la distribución de los recursos y las recompensas”. (CISD, 2006: 1)

En los países de África subsahariana “por cada hombre seropositivo de 15 a 24 años hay tres mujeres en la misma situación” (Ibíd.: 1). La feminización de la epidemia se sustenta en:

- La ***falta de respeto por los derechos humanos***. Esto provoca un trato discriminatorio hacia las personas seropositivas causando aislamiento, culpa, desesperación, vergüenza y poca libertad de elección en muchos aspectos de su vida. La desigualdad de género incrementa la violación de los derechos sexuales y reproductivos, así como los legales, económicos y políticos entre las mujeres. Las mujeres están más afectadas por la situación de desigualdad y por lo tanto son un colectivo más sensible a epidemias como el VIH/SIDA.

Los derechos humanos están vinculados con la efectividad en la lucha contra el VIH/SIDA. Si los derechos humanos están ligados al VIH/SIDA, la pobreza y la desigualdad de género están del mismo modo vinculadas con esta epidemia. El miedo a la discriminación y a la pérdida de un trabajo es lo que provoca que muchas mujeres oculten su condición de seroprevalencia y por lo tanto no pueda acceder a tratamientos o pruebas diagnósticas. Esto dificulta el acceso a las pruebas de detección del virus y por lo tanto, el acceso a un tratamiento en las primeras fases de la enfermedad, la prevención de enfermedades oportunistas y los futuros contagios.

- Las ***normas sociales relativas a la sexualidad femenina***. Estas dificultan a las niñas y a las mujeres para protegerse contra la infección por el VIH. A menudo por falta de información en materia de sexualidad, por invitación a ser sexualmente pasivas o a creencias como conservar la virginidad y práctica de relaciones sexuales anales entre otros condicionantes. Muchas

mujeres se ven abocadas al matrimonio de conveniencia para asegurarse una seguridad social y económica imposible de alcanzar de otro modo que les permita cubrir sus necesidades básicas.

- El **estigma** que afecta a las personas con VIH/SIDA provoca una patología social ligada a la marginación y a la exclusión social que padecen mayormente las mujeres por las situaciones de desventaja que viven. El estigma también influye determinadamente en la situación económica de las mujeres y en sus relaciones personales. El acceso al mundo laboral es más difícil para las mujeres de África subsahariana. El estigma puede provocar situaciones de pobreza o viceversa. Así, la pobreza puede ser la causa o la consecuencia de esta epidemia. Las mujeres de las áreas rurales de África definen la pobreza como la principal preocupación frente al VIH/SIDA (Wallace T, 2004). Las mujeres que venden productos se pueden llegar a encontrar en situaciones en la que la gente evita ir a su tienda o puesto por miedo al contagio o si son agricultoras verse limitadas por la fatiga o perder el acceso a tierras de cultivo. El sector informal o también denominado pequeño comercio, muy extendido en los países africanos, el estigma y la desigualdad de género se combinan para dificultar la obtención de recursos y clientes de estos pequeños negocios.

- La **desigualdad de género** se da: en las relaciones personales, sexuales, en la comunidad, en el trabajo, en las decisiones políticas y en el acceso a los recursos entre otros, afectando a la situación de la mujer en todo

el mundo. La desigualdad aumenta la vulnerabilidad frente a la pobreza y viceversa. La desigualdad de género fomenta el contagio en las mujeres y guarda una estrecha vinculación con el ambiente económico y social (ONUSIDA, 2004).

Las “guardianas del fuego”, expresión que hace alusión a la mujer en algunos países de África, son las responsables de mantener a sus niños que tiene a su cargo y procurar los alimentos necesarios. Esta difícil situación, hace que en ocasiones para cubrir la necesidad a corto plazo se realicen favores sexuales con implicaciones para la salud y bienestar a largo plazo. Es importante tener en cuenta que estos intercambios de dinero por sexo se produce con hombres de más edad y por lo tanto más susceptibles de estar contagiados por el VIH. En ocasiones, las mujeres no pueden decidir mantener relaciones sexuales seguras ya que la decisión no depende sólo de ellas y la necesidad obliga en muchas ocasiones a aceptar sumisamente condiciones. Las diferentes creencias con relación al uso del preservativo incitan a la negativa de su uso y por lo tanto a la práctica de un sexo seguro. Por otro lado, la violencia sexual, favorecida por la desigualdad de género, hace más vulnerable a la mujer a la epidemia.

- Las ***características fisiológicas*** de sus órganos genitales: la vagina. Éste puede tener pequeñas lesiones y es un receptáculo del esperma infectado. Es más fácil el contagio de hombre a mujer que viceversa, por lo

que las mujeres en este sentido también son más vulnerables. Son los hombres los que menor estabilidad tienen en sus relaciones sexuales.

- Las **situaciones sociales y culturales** vividas por las mujeres tales como: la presión social de las sociedades patriarcales que les concede a los hombres una autoridad exclusiva, el matrimonio polígamo, la situación económica y algunas prácticas culturales muy extendidas entre los países del África Subsahariana, tales como el yaroan y leviran, favorecen la situación de vulnerabilidad de las mujeres.

Se están produciendo cambios, pequeños pero importantes, en la toma de conciencia de la igualdad de género. El camino para este cambio no es fácil y tiene que tener en cuenta la participación de los hombres ya que el comportamiento de éstos, tiene consecuencias determinantes para la propagación de la epidemia.

Para prevenir la feminización de la epidemia del VIH/SIDA es preciso interesarse en los hombres y la masculinidad como estrategia de lucha contra la epidemia. Cuestionarse asuntos referentes al género sexual nos permitirá leer mejor la lógica que marcan los comportamientos y los contextos de vida que hacen de los hombres y de las mujeres grupos de riesgo y grupos vulnerables a esta epidemia. Los hombres pueden estar en riesgo a causa de una masculinidad que influencia la naturaleza de ciertas conductas y si están ellos en riesgo, también lo están las mujeres y viceversa. (Vonarx N., 2003) Así,

suprimiendo las desigualdades en las relaciones entre los hombres y las mujeres se puede erradicar en cierto modo la transmisión de ciertas enfermedades. Es preciso promover aptitudes y comportamientos masculinos equitativos frente a los géneros teniendo en cuenta la influencia social, cultural y los cambios sociales que los determinan. (Gupta G.R., 2000)

▪ **Un acercamiento al contexto:**

Es preciso acercarse a la realidad vivida por las mujeres afectadas por VIH/SIDA en esa parte del mundo para poder analizar su desempeño ocupacional y la influencia que éste tiene en su contexto. Burkina Faso es un país situado en África del Oeste que está limitado por 6 países: Malí, Benin, Togo, Ghana, Costa de Marfil y Níger. Esta situación geográfica hace que sea un país con afluencia de gente de los países vecinos lo que favorece la propagación y el control de epidemias como el VIH/SIDA.

En la región de Tuy, Burkina Faso, la tasa de seroprevalencia del VIH/ SIDA es de 10%. Esta provincia está situada al suroeste del país. La comuna de Houndé es la cabeza administrativa de la provincia de Tuy y por ella pasa la carretera nacional I que comunica las dos ciudades principales del país: Bobo-Dioulasso y Ouagadougou. Esta comuna es por lo tanto un lugar de paso, bien entre las distintas capitales del país, bien por las personas que llegan de los países vecinos con destino a la capital de Burkina Faso.

La población de la región de Tuy en la que se ubica la comuna de Houndé es esencialmente rural, caracterizada por una migración agrícola. Burkina Faso es un país cuyas actividades económicas están dominadas por la agricultura, la ganadería, la artesanía y el comercio desarrollados mayoritariamente en el sector informal. El 45% de la población burkinabe vive bajo el umbral de pobreza lo que favorece la difusión de la epidemia. Esta epidemia se difunde más entre el colectivo de mujeres, debido a la situación de desventaja en la que se encuentran así como, por las diferentes causas expuestas con anterioridad. La estructura social es de tipo patriarcal. La discriminación de las mujeres hace que éstas estén privadas en ocasiones de derechos fundamentales como la educación: la tasa de escolarización de las chicas es de 25.4% frente a 42.8% de los chicos. La poligamia es una práctica muy extendida en esta zona del país. La religión predominante es la animista seguida de la musulmana, ambas prácticas apoyan la poligamia. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la sociedad burkinabe la mujer es el pilar de la familia y de la que depende su supervivencia. La tasa de fertilidad es de 6,9 así la mujer está obligada a realizar actividades que le proporcionen ingresos para mantener a la familia además de las actividades propias del hogar. Este dato es relevante, la magnitud ocupacional a la que tiene que hacer frente la mujer es considerable.

En esta región conviven diferentes etnias: la Dioulá, Peuhls, Mossis y la Bwabá que es la etnia originaria de esta región. Cada etnia mantiene sus ritos de iniciación, funerales y otras prácticas tradicionales lo que confiere gran

diversidad cultural a la región. En el análisis ocupacional realizado se ha tenido en cuenta la etnia de las mujeres ya que ésta determina la forma de la ocupación, la significación personal y cultural de las ocupaciones que se realizan. Por ejemplo: las mujeres de la etnia Bwabá son las encargadas de preparar el dolo, cerveza tradicional de mijo, y de servirlo en los patios de su casa.

Los comportamientos y las prácticas peligrosas (Levira, Yarohan, creencias en torno a los auríferos entre otros focos de transmisión), así como la falta de concienciación ante el problema son la principal causa de transmisión de la epidemia en esta zona del país. El VIH/SIDA en Burkina Faso es una epidemia disfrazada con muchos nombres. Si se evita nombrar la epidemia con todo lo que esto implica es importante señalar cómo son los comportamientos hacia las personas que las padecen así como de éstas frente a la sociedad. O bien se disfraza o bien desaparecen. La mayoría de las expresiones que aluden a la epidemia guardan relación con la delgadez. El VIH/SIDA en Burkina Faso es una palabra que se intenta no pronunciar. Para hacer referencia se utilizan expresiones como: "la cosa" o "la enfermedad". También se utilizan algunas apelaciones que hacen alusión al estado de extrema delgadez en la que se encuentran los enfermos en las fases más avanzadas tales como: *guemile* (pies delgados), *kankoinga* (nuca seca), *banuenga*, *banadyougou*, entre otros muchos modos de nombrar al VIH/SIDA. Evitar nombrar la enfermedad y hablar de ella puede ser en cierto modo reflejo de la actitud que se adopta frente al VIH/SIDA. Teniendo en cuenta esto y sabiendo que la palabra precede al acto,

se puede poner de manifiesto el lenguaje de las mujeres con VIH/SIDA a través de lo que hacen siendo la mejor manera de dejar constancia de sus capacidades. Esto manifiesta, entre otras cosas, el fuerte tabú que existe en relación al virus y el arraigo de creencias de brujería y estigmatización. El desempeño ocupacional de las mujeres afectadas por VIH/SIDA en la región de Tuy no está únicamente determinado por la sintomatología física asociada a la enfermedad y las enfermedades oportunistas. La estigmatización impide y veda del derecho a desempeñar ocupaciones de las diferentes áreas. Esto provoca rechazo y discriminación hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA. De esta forma, el VIH/SIDA afecta a las mujeres de esta región provocando situaciones de pobreza extrema y alimentando la espiral de desigualdad de género-pobreza-enfermedad.

En la comuna de Houndé se encuentra la contraparte local con la que se realizó el estudio, REVS+. Esta contraparte es la encargada de dar atención integral a personas afectadas por el VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

En una detección voluntaria realizada en esta provincia en el 2004 por las asociaciones locales, REVS+ y CPAM, los resultados fueron los siguientes: sobre 74 mujeres observadas, 13 están infectadas por el VIH, lo que supone un 17,56% de las mujeres de la región. La asociación REVS+, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres y considerando las repercusiones no sólo sanitarias, sino económicas y demográficas entre otras, que esta epidemia

tiene entre las mujeres de la región, tenía como objetivo ofrecer tratamientos integrales que dieran una respuesta eficaz a la situación que éstas vivían. Con el objetivo de establecer las directrices para estas intervenciones así como para acercarnos a la realidad de las mujeres y poder detectar actitudes que favorecen la propagación de la epidemia, se llevó a cabo el presente estudio.

La feminización de la epidemia, a la que se ha hecho referencia en el punto anterior, es latente en países como Burkina Faso.

MATERIAL Y MÉTIDO

El proyecto de investigación se realizó con la ayuda de la Fundación General de la Universidad de Castilla-La Mancha y la ONGD Medicus Mundi Castilla-La Mancha. La investigación se realizó en la comuna de Houndé con la contraparte local REVS+. Esta contraparte local es una asociación dedicada al tratamiento integral de las personas afectadas por las Enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA. La investigación se realizó durante un mes y medio, tiempo durante el cuál se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y la observación in situ del desempeño ocupacional de las personas participantes en el estudio.

Analizar la ocupación desde su desarrollo facilitó conocer la forma que adopta y la importancia social y personal de ésta para la persona que la realiza. Las medidas estandarizadas utilizadas para analizar el desempeño ocupacional en un contexto occidental no resultaron de gran utilidad. Por un lado, el modo

cuantitativo de valorar las actividades y por otro, los ejemplos dados para analizar las diferentes áreas.

En este estudio participaron trece mujeres de la comuna de Houndé. La participación en éste fue voluntaria tras un primer encuentro en el que se expuso los objetivos y la metodología. Las mujeres que realizaron el estudio tienen edades comprendidas entre los 22 hasta los 56 años de edad. La mayoría pertenecientes a la etnia Bwabá (7 de las 13) debido a que es la etnia originaria de esta región. La religión predominante es la musulmana, seguida de la católica y la protestante si bien el animismo la creencia religiosa tradicional de todas. El estado civil de las 13 mujeres es el siguiente: 1 está soltera, 2 están casadas, 5 viudas y 5 separadas. La conciencia de enfermedad está presente en 7 de las 13 mujeres que a su vez conocen los medios de transmisión. Todas tienen VIH/SIDA hace más de un año y han tenido alguna enfermedad asociada como la tuberculosis. Todas las personas participantes en la investigación conocían la finalidad del mismo así como el modo de realizarlo. Tras realizar la entrevista se realizó un cronograma de visitas para cada una de las mujeres. Las visitas se realizaban de manera fortuita de forma que no alteraran la cotidianidad de las personas y se permanecía en el contexto de la persona dos días completos. Durante esos días se llevaban a cabo todas las ocupaciones junto con la persona que participaba en el estudio valorando en la realización misma las dificultades encontradas. Se valoraban las actividades de cada área ocupacional: Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Educación, Trabajo, Juego, Ocio y Participación Social (AJOT, 2002: 609-639). Si en el transcurso de estos dos

días no había sido suficiente para evaluar todas las áreas se permanecía en el contexto. De esta manera, se pudieron analizar las habilidades del desempeño, hábitos, rutinas, roles, el entono, la demanda de la actividad y las características de las personas de modo que se evaluaron las limitaciones ocupacionales que la persona encontraba en su cotidianidad y que podía desembocar en una situación de privación ocupacional o déficit en el desempeño ocupacional. Conociendo las limitaciones y valorando las capacidades las mujeres se pueden establecer tratamientos ocupacionales dirigidos a paliar o mejorar esta situación y por lo tanto, a mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas por VIH/SIDA.

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que es la sintomatología social la que más afecta a las mujeres con VIH/SIDA en el estudio realizado en Houndé. Esta sintomatología asociada a la patología social, favorece la aparición de situaciones muy extremas que afectan a la persona de forma general. (Galheigo S. M: 2006:85-97)

Según nos muestran los resultados del estudio, el área ocupacional más afectada en las mujeres afectadas por VIH/SIDA en Houndé es la participación social. El área laboral también está afectado, ya sea por la sintomatología física y/o psíquica, o bien porque el estigma y la presión social provoca situaciones de abandono o discriminación. Por ejemplo: las creencias hacen que muchas

mujeres tengan prohibido hacer actividades que estén vinculadas con la elaboración, venta o preparación de la comida entre otras actividades.

La privación ocupacional está ocasionada por una doble estigmatización, ser mujer y tener VIH/SIDA. En el estudio 7 de las 13 mujeres participantes han experimentado un cambio en al menos un área ocupacional y se ha afectado su desempeño ocupacional. La difícil situación económica de las mujeres en esta región hace que sólo 2 de las 13 mujeres puedan acceder al tratamiento con antiretrovirales y realicen periódicamente un seguimiento de su estado serológico. Las 13 mujeres manifiestan haber tenido un cambio brusco en el ritmo de vida tras el diagnóstico. De las 13 mujeres, 9 han sido contagiadas por sus maridos y el resto por violación o prostitución en caso de escasez económica. Según el estudio, las tres ocupaciones más significativas para las mujeres de este análisis son el pequeño comercio en igualdad y la participación en los eventos religiosos, seguido de la preparación de la comida, el cultivo, coser y hacer jabón. La ocupación más significativa es la fabricación de dolo o cerveza de mijo, seguida de las actividades religiosas y las actividades relacionadas con el bordado y elaboración de prendas de vestir. Este último resultado está determinado por la etnia mayoritaria de las mujeres analizadas, en su mayoría pertenecientes a la etnia Bwabá, en la que el dolo es la bebida tradicional y alrededor de la cuál se llevan a cabo las actividades cotidianas.

DISCUSIÓN

La privación ocupacional, la injusticia ocupacional y la discriminación ocupacional, inciden negativamente en la calidad de vida de las personas. (Kronenberg F., Fransen H. y Pollard N., 2005: 3-13). Si además tenemos en cuenta que este fenómeno se da entre las mujeres, que en sociedades como la burkinabe son las responsables del cuidado y mantenimiento de los hijos, esto tiene repercusiones que van más allá de las puramente sanitarias.

El VIH/SIDA no puede ser tratado únicamente desde un enfoque puramente médico ya que es una epidemia social. El VIH/SIDA presenta una sintomatología física, psíquica, social y por lo tanto ocupacional. Esta afectación del VIH/SIDA a nivel general, influye en el estado ocupacional de la persona y por lo tanto se vincula con su estado de salud (WHO, 2001)

Los tratamientos ocupacionales pueden ser una respuesta ante situaciones vividas por las mujeres afectas por VIH/SIDA en países como Burkina Faso. La epidemia del VIH/SIDA afecta a toda la comunidad por lo que es preciso incluir a la comunidad en el tratamiento. La Rehabilitación Basada en la Comunidad puede ser la estrategia de intervención en dicho contexto. La RBC utiliza la ocupación en un contexto local como un medio y un fin para el desarrollo de la comunidad implicando a las personas en el proceso de cambio. Esta estrategia tiene en cuenta y respeta la cultura local y la red de apoyo disponible en la comunidad, prioriza la capacitación como herramienta de cambio y hace uso de los recursos de la comunidad para llevar a cabo sus

intervenciones. La salud de la comunidad es la suma de la salud de cada una de las personas que la integran. Con el objetivo de prevenir y tratar la epidemia se debe trabajar con y para la comunidad, y teniendo en cuenta a los hombres en estas medidas.

La ocupación y todo lo que conlleva su desarrollo, puede ser el método de capacitación de las personas para participar en sus contextos con la capacidad de modificarlos. Esto es defendido por la terapeuta ocupacional A. Wilcock (2001:412-417): "Las ocupaciones son la oportunidad y la capacidad para fomentar la potencia individual, la cohesión con la comunidad y la integración social". La intervención desde terapia ocupacional debe favorecer "el desarrollo ocupacional: incrementando las capacidades personales e institucionales para movilizar y manejar los recursos de modo que se puedan producir mejoras sostenibles y justamente distribuidas en sus calidad de vida de forma coherente con sus aspiraciones" (Fransen, 2005). Para ello es preciso seguir investigando sobre las causas y consecuencias que provocan situaciones de privación ocupacional así como sobre los efectos y consecuencias de las diferentes intervenciones.

Es importante para llevar a cabo programas de intervención a través de la ocupación conocer y ajustar las ocupaciones a las necesidades de las personas que las realizan y sus contextos. La ocupación puede prevenir esta epidemia y mejorar la situación de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA

dentro de la comunidad, ya que a través de la ocupación se puede responder a las necesidades.

La actividad no es sólo un medio de tratamiento, sino el fin del mismo. "En la medida en que el uso de la actividad como medio queda reducida a recuperar o aminorar el efecto de los síntomas, los terapeutas pierden su identidad como disciplina singular, con un objeto de estudio propio, frente a otras alternativas o métodos de tratamiento" (Romero D., Moruno P., 2003: 25) y la ocupación pierde todo su potencial



terapéutico. Teniendo en cuenta que la pobreza es una de las principales causas de propagación de la epidemia, los tratamientos ocupacionales irán destinados a la realización de ocupaciones laborales. Estas ocupaciones laborales serán el medio de prevención y tratamiento con el objetivo de llegar a ser un fin en sí mismas y por lo tanto alcanzar todo su potencial terapéutico. Otra propuesta para el tratamiento será llevar a cabo ocupaciones que requieran la participación social de modo que se fomente la integración de las personas.

Es preciso tener en cuenta aquellas ocupaciones que son personal y culturalmente significativas y para ello hay que conocer los contextos. Las

relaciones sociales y la interdependencia de las ocupaciones son muy importantes en Burkina Faso y esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de proponer ocupaciones como método de tratamiento. Por ejemplo, la relevancia de las ocupaciones sociales en Burkina Faso se pone de manifiesto en el tiempo que emplea la gente en saludarse.

La creación de medidas de valoración del desempeño ocupacional que se pueda adaptar al contexto puede ser un nuevo punto de referencia para futuras investigaciones. Las medidas utilizadas en contextos occidentales no sirven para reflejar el desempeño ocupacional de la realidad en países como Burkina Faso, bien por el modo de reflejar las capacidades a través de medidas cuantitativas, bien por la ausencia de actividades significativas que forman parte de la cotidianidad de estos contextos.

Una mujer afectada por VIH/SIDA en un contexto como Burkina Faso es una persona que corre el riesgo de ser excluida de su comunidad y por lo tanto de ser vedada a muchas ocupaciones significativas. La ocupación puede ser el modo de que las mujeres vuelvan a vincularse con sus días, con sus vidas y con el contexto en el que viven, y ¿qué mejor manera de plasmar lo que uno "es" en lo que uno "hace" y puede "llegar a ser" de modo que el acto deje constancia no sólo de las limitaciones, sino también de todas las capacidades?

Gracias:

**A las personas de la asociación REVS+, por la ganas de seguir
buscando en el amanecer...**

**A Sali, por los días y las lecciones sin palabras...por aquel abrazo dado
a tiempo...**

A Mme Ouendinda por las risas y la confianza...

A Senu por trenzar los días y las ilusiones...

**A Medicus Mundi Castilla-La Mancha por la oportunidad, la confianza
y el apoyo en todo el proceso...Lola, Karim, Thomas, Raquel, Lhaso,
Amsetu, Ayeratu...**

A Awa por enseñarme a relativizar la vida...y la muerte...

A la Tierra Roja...por devolverme la calma

BIBLIOGRAFÍA

1. Arendt H., (1958), *La condición humana*, Barcelona: Paidós.

2. Reilly, M. (1962). "Occupational Therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine, Eleanor Clarke Slagle lecture", *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 16, pp.1-9.
3. Wilcock, A., (1998) *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ: Slack.
4. Wilcock, A. (1998b). "Reflections on doing, being and becoming", *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol.56, 248-256.
5. Christiansen Ch.,(1999), "Defining lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning", *The American Journal of Occupational Therapy*, vol.53 n°6,pp.547-55
6. Gupta G. R. (2000), Le genre, la sexualité et le VIH/SIDA : Le quoi, le pourquoi et le comment, Allocution prononcé lors du XIII colloque international sur le sida à Durban en Afrique du Sud le 12 juillet 2000. Traducción de CCISD.
7. Wilcock A., (2001), "Occupational Science: the key to Broadening Horizons", *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 64(8), pp. 412-417.
8. World Health Organisation (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Ginebra. Suiza
9. Ouedraogo Ch. (2001).« Genre et changement social. Une étude de cas en milieu rural de Burkina Faso » En : Communication préparée pour la XXIV Conférence générale de l'IUSSP .Salvador de Bahía, Brésil 18-24 agosto. Pp. 1-23.

10. Management committee for world fund for the prevention of Aids, tuberculosis and malaria (CG/FG-STP) (2002). "Aids component of Burkina Faso's submission to world fund for the prevention of aids, tuberculosis and malaria" Pp. 1-74
11. AJOT (2002) traducción de: "Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process" Fernandez M. y Fernandez J. , *The American Journal of Occupational Therapy*, vol.56, num. 6, 609- 639
12. Vonarx, Nicolas (2003). « La masculinité en Afrique de l'Ouest: Les caractéristiques d'une identité masculine Ouest africaine problématique et des propositions pour intervenir dans le cadre du volet » En : " Genre et Développement". Projet d'appui à la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest (Sida3). Pp. 1-28
13. Romero Ayuso D., Moruno Millares P. (2003), *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas*, Barcelona: Masson.
14. ILO, UNESCO, WHO. (2004). Joint Position Paper. World Health Organisation, Geneva.
15. Wallace T. (2004). Inform, Inspire, Encourage : A guide to producing effective HIV/AIDS materials, London : Action Aid International
16. UNAIDS/WHO/UNICEF (2004). Epidemiological Fact Sheet. Update pp. 1-15
17. Kronenberg F., Fransen H. y Pollard N. (2005), "Una llamada a la profesión a comprometerse con población afectada por Apartheid Ocupacional", Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, nº 38, pp. 3-13

18. Caro, D, Schueller J, Ramsey M. Voet W. groupe de travail du IGWG de l'USAID. (2005) .*Manuel d'intégration du genre dans les programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH: de l'engagement a l'action*. Pp.1-58
19. ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA: Resumen de orientación. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA
20. Fransen, H. (2006). "Los desafíos de la terapia ocupacional en la rehabilitación basada en la comunidad: ocupación centrada en los discapacitados de países en desarrollo". En: Kronenberg, F., Simó Algado, S. y Pollard, N. (Eds). *Terapia Ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Panamericana.
21. Coalition Interagence sida et développement. (2006). "VIH/SIDA et genre sexuel" p. 1-4. Agencia de Salud Pública de Canadá
22. Galheigo S.M. (2006). "Terapia ocupacional en el ámbito social: aclarando conceptos e ideas". En: Kronenberg, F., Simó Algado, S. y Pollard, N. (Eds). *Terapia Ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Panamericana.
23. Zango Martin I (2006). "La Terapia Ocupacional respondiendo a las necesidades: Experiencias en el lado del allá, en el país de Alá y en la tierra de los hombres íntegros". En: X Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional. Universidad de Burgos p.1-14

➤ <http://www.sidaction.org/informer/sidafrance>

➤ <http://www.icw.org>

➤ <http://www.unaids.org>

CUARTA MESA DE PONENCIAS

Intervención domiciliaria del Terapeuta Ocupacional en la Enfermedad de Parkinson

Dña. María José Orduña Bañón

Terapeuta Ocupacional. Unidad de Terapia Ocupacional del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Orduña Bañón MJ.: Intervención domiciliaria de la Terapia Ocupacional en la Enfermedad de Parkinson. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.214 - 257p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

La enfermedad de parkinson es una dolencia neurológica, es decir, un trastorno causado por una disfunción cerebral. Se origina como consecuencia de una reducción drástica de la dopamina. Los síntomas principales son los temblores, la lentitud al iniciar y llevar a cabo los movimientos, rigidez muscular y trastornos en el equilibrio y la marcha. Estos son denominados síntomas mayores.

El objetivo principal de la Terapia Ocupacional, por tratarse de una enfermedad progresivamente incapacitante, será mantener el mayor grado de independencia así como dotarlo de ayudas personales y del entorno, necesarias para realizar sus actividades de forma segura.

Para que la intervención sea efectiva, deberá ir enfocada tanto al enfermo como al entorno y al cuidador principal.

PALABRAS CLAVE: Parkinson, Terapia Ocupacional, síntomas, caída, intervención.

DECS Enfermedad de parkinson, Terapia Ocupacional, síntomas, intervención

ABSTRACT

Parkinson's disease is a neurological disorder, that is, a disorder caused by cerebral dysfunction. It is originated as outcome of a drastic reduction of dopamine. Principal symptoms are tremors, the slowness to start and to carry out movements, muscular stiffness, balance and gait disorder. These symptoms are called major symptoms.

Because of the fact that it is a progressive crippling disease, the main objective of Occupational Therapy will be to keep the biggest level of independence as long as provide personal and environmental help necessary for the patients to perform their activities safely.

The intervention should focus on the patient, on the main caregiver and on the environment to be effective.

KEYWORDS Parkinson, Occupational Therapy, symptoms, fall, intervention.

MESH Parkinson Disease , Occupational Therapy, diagnosis, Environment.

1. ¿QUE ES LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?

Es una dolencia neurológica, lo que significa un trastorno causado por una disfunción cerebral. Los síntomas principales son los temblores, lentitud al iniciar y llevar a cabo los movimientos, rigidez muscular y trastornos en el equilibrio y la marcha. Se origina como consecuencia de una reducción drástica de la dopamina, un mensajero químico del cerebro, que a su vez es causada por una degeneración de las neuronas que la producen, en una zona muy pequeña del cerebro llamada " sustancia nigra".

2. FRECUENCIA

Una persona de cada mil desarrolla la enfermedad. El riesgo de padecerla aumenta con la edad. Tanto hombres como mujeres tienen la probabilidad de desarrollarla, aunque hay estudios en donde se sugiere que el hombre es más propenso. No es una enfermedad selectiva en cuanto a clases sociales ni ocupación.

3. SINTOMAS

Prácticamente toda la sintomatología que va a presentar un individuo que padezca la Enfermedad de Parkinson (EP), va a afectar en mayor o menor medida, dependiendo de la severidad y forma de afrontar la enfermedad, la

vida independiente, deteriorando todas las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) y necesitando de un equipo multidisciplinario que le ayude desde el inicio hasta que la enfermedad llega a su grado más severo.

Los síntomas están clasificados en mayores y menores, pero esta distinción no tiene en cuenta que los síntomas considerados como mayores o menores pueden ser diferentes en cada individuo, dependiendo de la intensidad y consecuencias incapacitantes que origine para mantener el rol ocupacional que viene desarrollando de forma habitual.

No todas las personas van a desarrollar todos los síntomas, ni todos los enfermos de Parkinson son iguales, existiendo grandes diferencias en términos de (1) cual va a ser el primer síntoma, (2) el orden y tiempo exacto en que , una vez desarrollado el primer síntoma, van a ir apareciendo el resto, (3) la severidad de los síntomas.

El curso de la enfermedad variará de un enfermo a otro, puede ser lento en su progresión y con deterioro de las funciones en grado leve, hasta una forma de presentación agresiva y rápida y discapacidad más severa. Los síntomas pueden a su vez fluctuar a lo largo del día y ser distintos en cuanto a severidad de un día a otro.

Hay que saber diferenciar los síntomas de la enfermedad con los efectos de la medicación, ya que tras años de medicación con levodopa, suelen

aparecer movimientos involuntarios de la cara y miembros, conocidos como disquinesias.

Al ser una enfermedad de la edad avanzada, el paciente anciano nos llegará con otras enfermedades además del Parkinson, que presentarán sus propios síntomas, no relacionados con la EP.

El temblor, la rigidez, la lentitud de los movimientos y los trastornos en el equilibrio y la marcha, son los síntomas considerados mayores.

3.1 Temblor

Es principalmente un temblor de reposo y se reduce e incluso llega a desaparecer cuando se realiza un movimiento con intención, siendo una ventaja ya que parece que no interfiere con el movimiento activo. Sin embargo hay entre un 40 % a 50% en que además del temblor de reposo hay un temblor de acción y postural que se evidencian cuando se mueve un miembro o se mantiene una postura.

El temblor es regular y rítmico, de alrededor cuatro a seis latidos por segundo, lo que quiere decir que la mano o pierna afectada se mueve cinco veces por segundo. Puede afectar a pocas partes del cuerpo como a muchas, puede ser ligero o severo, en algunos casos puede afectar a un solo dedo y en otros a ambas manos y piernas así

como a los músculos del tórax, mandíbula y labios. Cuando el temblor de las manos es severo, el pulgar se mueve adelante y atrás por delante de los otros dedos. Es variable según las circunstancias individuales, por ejemplo, desaparece cuando el enfermo duerme profundamente y se reduce cuando está relajado y sedado, y puede acrecentarse cuando hay ansiedad o se está bajo tensión e incluso si se necesita concentración intensa. Hay pacientes que pueden llegar a controlar el temblor durante cierto tiempo a través de un importante esfuerzo de voluntad.

Los movimientos asociados a la medicación, disquinesias, generan malestar y angustia al enfermo a medida que avanza la enfermedad. En el inicio de la EP el temblor es el síntoma más perceptible por lo que se adoptan diferentes trucos para disimularlo, como es guardar la mano en el bolsillo, esconderla bajo un periódico, sentándose sobre la mano o cubriéndola con la otra.

El temblor, dificulta de manera notable aquellas actividades que precisan de movimientos finos de los dedos y agarre, como son la escritura, acto de afeitarse, comer y beber y maquillarse entre otros.

3.2 Rigidez

Al principio la rigidez no es notada por el enfermo y es cuando avanza la enfermedad que el paciente se da cuenta de ella en forma de contracción del músculo, siendo evidente para los demás debido a la postura que adopta, estática y con brazos y piernas en flexión.

La rigidez se pone de manifiesto haciendo que el paciente mueva un brazo mientras se le mueve el otro de forma pasiva. En este movimiento pasivo de las articulaciones para tensar los músculos afectados, se nota una resistencia creciente al movimiento. La resistencia a los movimientos pasivos produce unas sacudidas típicas que se denominan rigidez en rueda dentada. La extensión y severidad de la rigidez varía pudiendo afectar a un solo brazo o pierna o a las cuatro extremidades y a medida que va avanzando la enfermedad la rigidez pueda llegar a ser tan severa que los músculos se notan y aparecen tensos estando inclusive en reposo. También produce dolor en cuello, hombros y espalda debido a la postura anormal que se adopta, estática y echada hacia delante. Igualmente sufren de calambres musculares y en algunos casos dolor en tórax.

La rigidez afecta a todos los movimientos que conforman cualquier actividad siendo más notable para aquellos gestos corporales que se realizan para las transferencias, ya que la necesidad de ayuda para la

movilidad, evidencia la dependencia con los posibles efectos negativos sobre la autoestima del paciente.

3.3 Bradiquinesia

Es la lentitud para iniciar y ejecutar los movimientos. En la EP cuando un movimiento se realiza repetidas veces se vuelve gradualmente más lento y de menor amplitud. La lentitud se produce en todos los movimientos pero es más evidente la que se produce al iniciarlos y ejecutarlos.

Las actividades que necesitan de movimientos repetidos como cepillarse los dientes, remover una cacerola, limpiar los zapatos, etc., están más particularmente afectados. También ocurre en las que necesitan de los movimientos finos de los dedos como es conectar un enchufe, abrocharse los botones y pasar las paginas del periódico o libro. Los movimientos bimanuales son generalmente más lentos que aquellos que se realizan con una sola mano. Realizar dos cosas al mismo tiempo como es por ejemplo levantarse de una silla y hablar a la vez puede llegar a ser muy difícil para algunos pacientes incluso imposible. Actividades que necesitan de una serie de movimientos secuenciados, como es abrocharse una serie de botones, resultan aun más

enlentecidas al haber un aumento de las pausas entre cada movimiento individual retrasándose todo el proceso.

Existen una serie de movimientos automáticos como andar, balancear los brazos mientras se camina, parpadear y tragar, que no necesitan de la atención para ser ejecutados. Sin embargo en la EP los movimientos automáticos están más afectados que los aprendidos, por lo que no debemos extrañarnos si vemos que el enfermo es incapaz en un determinado momento de caminar y posteriormente baila sin ninguna dificultad.

La rigidez no es la causa de la lentitud, ya que ésta puede estar presente sin rigidez, y su severidad varía de un enfermo a otro. Lo más habitual es que la lentitud esté presente en actos como levantarse o sentarse, entrar y salir de una habitación y empeorar cuando están fatigados.

Los movimientos que se efectúan gracias a estímulos externos están menos afectados que los que se realizan de forma espontánea, siendo el ejemplo más corriente ver las dificultades que existen al caminar por una superficie plana y sin embargo suben y bajan escalones sin ninguna dificultad, actuando de estímulo el escalón.

3.4 Aquinesia

Es un síntoma relacionado con la bradiquinesia y significa pobreza o ausencia de movimientos y específicamente en la EP se refiere a la reducción de los movimientos espontáneos. Es perfectamente visible por la falta de los movimientos automáticos, como parpadear, tragar, es decir por movimientos que se hacen sin poner atención ni requieren esfuerzo. Se ve fácilmente cuando al caminar no hay balanceo de los brazos, cuando casi el enfermo no se remueve para acomodarse en el asiento, o cuando habla que gesticula poco con las manos y sin cambiar apenas su expresión facial ni parpadea; la reducción de los movimientos de deglución conduce a una acumulación de saliva que origina el babeo.

Es importante siempre tener en cuenta, ya que formará parte del tratamiento, que el enfermo de Parkinson debe ser siempre consciente de " como hacer" en cada fase del movimiento.

La "congelación de movimientos" es una discapacidad para moverse que habitualmente solo dura pocos segundos y es otro ejemplo de aquinesia. Este síntoma ocurre mientras se camina, sintiéndose el enfermo como pegado al suelo e incapaz de elevar el pie para dar el paso, ocurriendo más frecuentemente al inicio de la marcha, pero el movimiento del cuerpo continúa inclinándose hacia delante.

Una de las razones por las que ocurren la bradiquinesia y aquinesia es porque los músculos no se activan lo suficiente en el momento oportuno, por lo que los movimientos no son únicamente más lentos sino también más pequeños. Por ejemplo cuando se desea alcanzar un objeto, la mano no se desplaza lo suficiente quedando corta respecto del objetivo; de ésta situación se deriva que el enfermo se encontrará con bastante dificultad para la realización de diversas actividades instrumentales, por la dificultad para el alcance y uso de lo que le rodea en su entorno para satisfacer sus necesidades.

El movimiento suave y bien dirigido que habitualmente tenemos, se convierte en el enfermo en una aproximación lenta y escalonada, situación que afecta a todos los músculos, teniendo como otro ejemplo, la coordinación de los ojos, que estando afectada, produce dificultad para enfocar objetos o lentitud al dejar de mirar de frente, facilitándose así la caída.

Una de las causas de la fatiga se debe al gran esfuerzo que tienen que realizar para iniciar los movimientos y para vencer lo que aparentemente es una fuerza contraria que se opone a su realización.

Además de las dificultades ya descritas para la realización de las A.V.D. la bradiquinesia y aquinesia son responsables de los problemas de

comunicación, debido a la inexpresividad del rostro, la monotonía de la voz y ausencia de gesticulación.

3.5 Dificultad en el equilibrio y la marcha

La dificultad se ve tanto si el enfermo está en sedestación, bipedestación o caminando. Cuando está de pie, la dificultad para mantener el equilibrio se percibe por la postura encorvada, en donde la rigidez también influye. En un intento de compensar estos problemas, doblan las rodillas los codos y brazos se sitúan por delante del cuerpo. En sedestación hay una inclinación hacia uno de los dos lados, resultando muy difícil corregir la postura.

Van a tener muchas dificultades para realizar las transferencias como son el sentarse y levantarse, entrar y salir de la cama o del coche, ya que no pueden realizar los cambios de equilibrios necesarios , ni cambiar el peso del cuerpo de la forma que se necesita para realizar estos cambios.

Los rasgos característicos de la marcha son los siguientes:

- Se pierde el balanceo al caminar.

- Se camina a pequeños pasos, con arrastre de pies, zancada corta, y sin elevación del pie.
- Se camina con el peso del cuerpo sobre la parte anterior de los pies, sin apoyar los talones, lo que motiva el andar " acelerado" , que consiste en caminar a pequeños pasos, arrastrando los pies y cada vez más rápidos, inclinándose hacia delante hasta que cae o es detenido por un obstáculo " propulsión". La retropulsión sucede cuando se inclina hacia atrás y da pequeños pasos rápidos retrocediendo.
- Arrastrar los pies, la retropulsión o propulsión se deben en parte como resultado de postura encorvada, en donde el centro de gravedad no cae sobre los pies, porque los brazos no se balancean al caminar proporcionando la estabilidad necesaria y facilitando las reacciones de equilibrio.
- Hay dificultades en el momento de girar. El cuerpo gira en bloque, no hay movimientos disociados de cabeza, cuello, tronco y piernas, y el giro se produce de forma escalonada rotando sobre si mismo de forma escalonada y no continua.

- La pérdida de los reflejos de estiramiento para compensar un desequilibrio es la causa de las caídas. Para evitar estas caídas caminan con las rodillas flexionadas.

Los síntomas menores son los siguientes: disfonía, micrografía, seborrea, facies de máscara, disfagia, síntomas autonómicos, dolor y otros síntomas sensoriales, fatiga, déficits cognitivos, demencia y depresión.

3.6 Disfonía

Es la dificultad para elevar la voz y como resultado se origina una voz monótona y de bajo volumen: Es debido a la bradiquinesia y aquinesia y a la rigidez que afecta a la mayoría de los músculos del tórax y garganta. Empeora según el estado físico y emocional del enfermo como en situaciones de ansiedad, depresión y cansancio.

Hay otras anormalidades en el habla, similares a las de la marcha, existiendo dudas al hablar o contestar una pregunta, silencios en medio de una conversación. La aceleración y arrastre que se da al caminar también se observa en el habla, de tal forma que se acelera la final de cada frase. Estos problemas afectan a la comunicación favoreciéndose el aislamiento social y la actividad del teléfono.

3.7 Micrografía

Resulta evidente la reducción del tamaño de la escritura cuando se le pide que escriba más de una frase. Las letras pueden estar bien formadas pero son pequeñas y su tamaño se va reduciendo a medida que se escribe. Pueden tener calambres en los músculos de la mano mientras se escribe.

3.8 Seborrea

Hay un exceso de grasa y formación de escamas en la frente y nariz que brillan y en las cejas que pueden estar llenas de caspa. El exceso de sudoración les obliga a cambiar de ropa muy a menudo.

3.9 Facies de máscara

La mirada fija se une a la inexpresividad facial. Hay dificultad para realizar los movimientos faciales que acompañan a los estados emocionales. Se debe a la rigidez de los músculos faciales.

3.10 Disfagia

Es la dificultad para transferir el alimento de la boca a la garganta, y a la motilidad de los músculos del esófago. La postura encorvada con inclinación de la cabeza hacia delante no favorece la deglución, favoreciendo el babeo y atragantamiento.

3.11 Síntomas autonómicos

Se producen por la disfunción del Sistema autónomo. En la EP, los síntomas más corrientes son: hipotensión postural, sudoración, rubor, urgencia y frecuencia urinaria y estreñimiento. Estos síntomas tendremos que tenerlos en cuenta a la hora de programar cómo facilitar el acceso al wc y las estrategias para los cambios de postura en las transferencias.

3.12 Dolor y otros síntomas sensoriales

Además pueden presentarse otros síntomas sensoriales como son el entumecimiento y hormigueo. El dolor es la consecuencia de la rigidez de los músculos y de la limitación del arco articular, además de la postura encorvada. El noventa por ciento tienen una alteración del olfato.

3.13 Fatiga

Es un síntoma muy frecuente, no siendo únicamente fatiga física ya que un alto número de enfermos refieren fatiga mental.

La intervención de la Terapia Ocupacional deberá programar la ejecución de las A.V.D. teniendo en cuenta este síntoma además del esfuerzo que para el enfermo requiere cada movimiento. Al final de la enfermedad es muy frecuente que el enfermo abandone toda actividad y pase la mayor parte del tiempo sin hacer nada.

3.14 Déficits cognitivos

No tiene porque estar presentes en todos los enfermos, siendo la edad de comienzo de la EP un factor de riesgo para que se asocie el deterioro cognitivo. También se dice que aquellos enfermos que tienen una enfermedad principalmente temblorosa tienden a deteriorarse menos que aquellos en que la bradiquinesia y rigidez son los síntomas principales

Los síntomas más corrientes cognitivos en la EP son los siguientes: bradifrenia, defectos frontales, trastornos visuoespaciales y trastornos de memoria.

3.14.1 Bradifrenia

Es la lentitud en el proceso del pensamiento que se asocia con disminución de la atención y vigilancia. Posiblemente se debe a la alteración noradrenérgica que se asocia a la EP.

3.14.2 Defectos frontales

Las funciones ejecutivas se afectan precozmente en la EP y se asocian con alteración motora predominantemente axial (alteraciones de reflejos posturales, alteración de la marcha).

Probablemente el defecto neuropsicológico primario en la EP sea la dificultad de respuesta que se pone de manifiesto en situaciones con estímulos novedosos (tarea o situación sobre la que no hay experiencia y que requiere de un esfuerzo)

3.14.3 Trastornos visuoespaciales

Algunos autores atribuyen estos defectos a alteraciones más elementales de la atención o frontales. Se evidencian mediante pruebas de orientación de líneas o ángulos en el espacio, orientación respecto al

propio cuerpo, seguimiento de rutas, percepción de figuras ocultas, apareamiento de figuras.

3.14.4 Trastornos de la memoria

Es muy frecuente ya en los inicios de la EP las quejas subjetivas de pérdida de memoria. La función mnésica se va deteriorando según avanza la enfermedad. Algunos estudios han reflejado que parecen afectados algunos aspectos sutiles de la memoria, recuerdo libre, rendimiento mnésico que requiere de un esfuerzo continuado, pero sin embargo otros aspectos de la memoria como la memoria inmediata, el reconocimiento tanto de material verbal como visual, recuerdo semántico, la denominación, el recuerdo a largo plazo están conservados.

3.14.5 Demencia

Síndrome de deterioro intelectual y pérdida de memoria que interfiere en las funciones individuales, ocupacionales y sociales.

El riesgo de demencia en la EP es de un 10 a un 15% más elevado que en la población de la misma edad. En las fases iniciales, el cuadro de demencia en la EP, es algo diferente a la profunda pérdida de memoria que aparece en la Enfermedad de Alzheimer. La demencia en el

Parkinson está marcada por olvidos, lentitud del pensamiento, pérdida de funciones ejecutivas, y letargia. Cuando la enfermedad avanza la demencia llega a ser tan severa como en la Enfermedad de Alzheimer y requerirá de los mismos cuidados.

3.14.6 Depresión

La EP se asocia con diferentes y frecuentes perturbaciones afectivas siendo la depresión la más frecuente.

La depresión conlleva ánimo triste, pensamientos pesimistas, pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar del placer, disminución de energía y lentitud. Hay que añadir los síntomas biológicos como son, la alteración del sueño, pérdida de apetito y peso, variación circadiana del humor, disminución de la libido e irritabilidad.

La frecuente presencia de depresión antes de la EP hace pensar en una causa endógena para la depresión en la EP. Suele ser más frecuente en el inicio precoz de la EP, en las formas rígido-acinéticas y en el sexo femenino.

4. CAIDAS

La caída, aunque parezca trivial al no presentar consecuencias inmediatas, puede ser causa de disfunción con el tiempo.

El miedo a caer de nuevo, unido al enlentecimiento cinético y cognitivo, cambios sensoriales y músculo-esqueléticos producidos por el envejecimiento fisiológico y la presencia de enfermedad, va a condicionar la postura y el movimiento, así como los reflejos de reacción ante lo inesperado; se reducen lentamente la movilidad y el esfuerzo para seguir realizando las actividades cotidianas acostumbradas y se llega en último extremo, al abandono de alguno o varios al mismo tiempo componentes de su rol ocupacional.

La disfunción en las habilidades perceptivo-motoras por enfermedad, desuso o mal uso, evidencian al enfermo la duda sobre su capacidad para continuar con las actividades que previamente realizaba e igualmente evidencia a la familia y profesionales de la salud, la disminución de la competencia, suscitando dudas sobre la seguridad en la independencia, llegando a ser causa de abandono del propio domicilio hacia el de los hijos, o de institucionalización por sobrecarga familiar. Por otra parte los cambios que se han ido sucediendo tras la caída, modificando los hábitos, destrezas y costumbres, requieren de un ambiente físico adecuado a sus nuevas capacidades.

La función independiente sin riesgo necesita de estabilidad postural en diferentes actitudes corporales así como la libre utilización de los miembros superiores. En nuestra práctica habitual, el desempeño de cada uno de los

autocuidados se desglosa en todas sus fases para una mejor identificación del problema, ya que no todos los componentes del desempeño que conforman una tarea tienen que estar alterados, y sin embargo, el resultado final puede ser que la tarea no se realice en ninguna de sus partes.

Autocuidados como lavarse, peinarse, vestirse y bañarse o instrumentales como limpiar, cocinar y coger el autobús se ejecutan gracias a los diferentes gestos que el cuerpo realiza, como son, agacharse, levantarse, empujar, ponerse de puntillas o apoyarse en una sola pierna y con diferentes posturas de los miembros superiores. También gracias a la atención, memoria, juicio y razonamiento que evalúan los resultados y a las habilidades perceptivas.

La coordinación entre fuerza, tono muscular y amplitud articular, en movimientos independientes de cabeza y cuello, cintura escapular y cintura pélvica respecto del tronco, así como el libre uso de los miembros superiores son la base de un movimiento sin riesgo. Lo contrario, el movimiento en bloque, no disociado, adquirido por daño cerebral, por el propio envejecimiento o por desuso al tener una actitud pasiva hacia el ejercicio físico, dificulta la realización de la ocupación, impide las reacciones de equilibrio y facilita la caída.

El miedo a caer aporta pérdida de confianza en las propias capacidades de reacción ante lo inesperado, haciéndose uso de las manos para la sujeción e

impidiendo su libre uso para las ocupaciones y para las reacciones de equilibrio.

Si el equilibrio permite la estabilidad para que se realicen la mayoría de las ocupaciones, la marcha da el mayor grado de independencia al permitir el desplazamiento y a través de éste servirse del entorno para satisfacer las necesidades. La persona mayor identifica el caminar por el exterior, y cuando ello ya no es posible, por el domicilio, como una necesidad prioritaria y más deseada de recuperar y mantener, convirtiéndose por ello en objetivo de la Terapia Ocupacional.

Al caminar se están produciendo continuos desequilibrios y reequilibrios ya que la línea de gravedad se desplaza llegando a salir del polígono de sustentación y son los movimientos de reacción de la cabeza, tronco y extremidades superiores los responsables de restablecer el equilibrio. Es importante que los músculos del cuello permitan el movimiento independiente de la cabeza, ya que es ésta la primera parte del cuerpo que comienza a moverse y marca la dirección del movimiento en posturas que utilizan los patrones totales de movimiento como son: iniciar la elevación estando en decúbito supino, estando agachados comenzar a elevarse, o al realizar el impulso de echar a correr.

La postura inadecuada, la fatiga a estar de pie, la dificultad para el inicio, giro y parada de la marcha, la atrofia muscular que muchos ancianos presentan

para la rotación de cabeza y tronco y la inmovilidad de los miembros superiores, son las causas más corrientes para que el caminar se convierta en una seria dificultad para el anciano además de facilitar la caída.

Estas alteraciones se encuentran en la mayoría de las personas mayores que no han hecho un uso adecuado de sus habilidades motoras y en las enfermedades que causan daño cerebral, como en la enfermedad de Parkinson y A.C.V.; también las encontramos en la patología osteoarticular por la disminución de la propiocepción al estar limitados los arcos articulares, presentar deformaciones óseas y dolor, lo que modificará la postura y limitará el movimiento.

La marcha independiente debe permitir los desplazamientos por diferentes terrenos así como subir y bajar escaleras, siendo esta última actividad, la primera que se deja de realizar de forma autónoma cuando existe miedo a caer ya que se requiere un desplazamiento de la cabeza y tronco hacia delante, a favor de la gravedad. El desequilibrio y posterior caída puede resultar del retroceso de la cabeza y el tronco ante el miedo a caer.

Toda actividad para ser llevada a cabo de forma correcta, necesita que las diferentes acciones que la conforman sean planificadas con anterioridad y deben llevar un orden preestablecido para conseguir el objetivo. El daño cerebral y el olvido por desuso pueden condicionar el orden, bien al inicio del movimiento, comenzando de forma incorrecta o durante el transcurso con el

consiguiente riesgo de accidente, como ocurre por ejemplo en el enfermo de Parkinson, que comienza su marcha de forma incorrecta, pero cuando inicia bien el movimiento es capaz de caminar correctamente hasta que algún obstáculo lo bloquee.

4.1 ¿Qué se debe valorar ante el riesgo de caída?

La valoración que realicemos no debe limitarse en ningún caso únicamente a la situación del estado de las habilidades motoras, puesto que la causa puede ser de origen multifactorial, por ello se hace necesario tener en cuenta asimismo el estado de las habilidades perceptivas y de aquellas funciones que ayudan al procesamiento de la información.

En las habilidades motoras, será la simetría postural, el equilibrio en sedestación y bipedestación, la presencia de atrofia muscular y acortamientos, así como la disminución de los arcos del movimiento y pérdida de los movimientos concomitantes de los miembros inferiores en las reacciones de equilibrio automáticas e imprevistas. También hay que observar cómo el paciente se sienta, se levanta, entra y sale de la cama, camina, el uso que hace de los miembros superiores durante todas estas actividades y si aun conserva movimientos disociados. Durante la valoración de la marcha, ésta debe hacerse en diferentes situaciones

ocupacionales, con el fin de identificar otros factores de riesgo como son, el mal uso del espacio y objetos y el olvido por desuso o enfermedad.

Las habilidades perceptivas deben valorarse durante el transcurso de la actividad. La percepción visual es la responsable de la organización del ambiente. Lo hacemos gracias a la discriminación de figura-fondo, de las propiedades del color y constancia de la forma. De esta manera se diferencia un objeto de otro, su disposición espacial y la complejidad de la tarea. El accidente puede ocurrir al no identificarse correctamente el tamaño y la profundidad, por ejemplo con objetos que obstaculizan el paso o la altura y profundidad de un escalón. El daño cerebral y sensorial así como el proceso de envejecimiento altera la percepción en mayor o menor grado, lo que facilitará la caída. El esquema corporal es la capacidad de percibir como se relacionan las partes del cuerpo entre sí y cuales son sus posiciones relativas en el espacio. Nos indica cómo y donde nos estamos moviendo.

En las habilidades para el procesamiento de la información, la atención nos hace tener conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y nos permite seleccionar que respuesta debemos adoptar ante una situación determinada, así como nos debe permitir centrarnos en un solo estímulo ante la presencia de muchos al mismo tiempo. En la movilidad se corre el riesgo de accidente por falta de atención al espacio

circundante, aumentando el riesgo cuando la falta de atención va unida a pérdida sensorial .

La memoria, la atención y la percepción están estrechamente relacionadas, pues antes de realizar una acción, percibimos el elemento, prestamos atención y luego recordamos para realizar la acción deseada.

Las funciones ejecutivas frontales, encargadas de la ejecución de la mayoría de las actividades de la vida diaria, deben valorarse a través de la observación de la conducta. Esta, para ser eficaz debe ser modificable, motivada y libre de toda interferencia o respuesta impulsiva.

La afectación de los lóbulos frontales dificulta la resolución de problemas y facilita los accidentes por la incapacidad para prever los cambios en el ambiente o posibles acontecimientos nuevos.

Además de lo anteriormente expuesto, quedan tres factores más a tener en cuenta, a la hora de programar una intervención de prevención de caídas en la persona mayor, como son: la actitud o forma de afrontar la realización de una actividad, las barreras físicas y cognitivas facilitadoras de caídas en su entorno inmediato y la actitud e información del cuidador responsable del anciano.

Las actitudes facilitadoras de caídas más frecuentes en la persona mayor son: ansiosa, ya que se disminuye el nivel de eficacia; impulsiva al no medir los riesgos con suficiente antelación; pasiva con reacción lenta a lo inesperado; inatenta no teniendo en cuenta los

posibles cambios en el ambiente y de sobreestima, creyendo tener una eficacia por encima de la capacidad real.

En el domicilio hay que valorar el estado de la iluminación, altura de interruptores, presencia de alfombras y felpudos, suelos encerados o mojados, objetos a bajo nivel, ausencia de pasamanos en escaleras y rampas, tamaño del escalón, inclinación de las rampas, presencia de sillas y sillones de altura inadecuada, altura de la cama y colchones depresibles, la situación de los estantes y armarios, puertas correderas o giratorias, desnivel de suelos y en el cuarto de baño la altura del inodoro, la ausencia de barras de apoyo, suelo resbaladizo. También hay que observar el tipo de calzado que se utiliza y prendas de vestir. Por otra parte hay que observar igualmente como se maneja desde el punto de vista cognitivo por si fuese necesaria la reestructuración del entorno.

Es muy corriente tras una caída con o sin consecuencias físicas que los familiares adopten una actitud de sobreprotección hacia el anciano, o por el contrario no dar la suficiente importancia al hecho, bien por despreocupación o por falta de información.

5. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE T.O EN PARKINSON

Por tratarse de una enfermedad progresivamente incapacitante, el objetivo principal de la Terapia ocupacional, será mantener el mayor grado de

independencia así como dotarlo de las ayudas personales y en el entorno necesarias para realizar sus actividades de forma segura. Por lo tanto, principalmente nos centraremos en la educación del moviendo en las AVD, sin olvidar el aspecto motor y cognitivo y el asesoramiento al cuidador principal. La intervención se divide en tres partes: al enfermo, al entorno y al cuidador principal.

5.1 Intervención en el enfermo

5.1.1 Habilidades motoras

- Entrenamiento del movimiento independiente y simetría postural.
 - posición correcta de cabeza, hombros, tronco y piernas, los pies paralelos y con la base de sustentación adecuada, en sedestación.
 - entrenamiento de los movimientos de cuello y cabeza dando referencias espaciales y de esquema corporal, movimientos de flexo/extensión, giros e inclinaciones laterales.
 - entrenamiento de la movilidad ocular independiente de los movimientos de cabeza.
 - entrenamiento de los movimientos de los hombros con proyección hacia delante de los miembros superiores.

- entrenamiento de los movimientos de proyección de cabeza y hombros hacia delante, con elevación de glúteos.(se trabaja la musculatura erectora del tronco)

- Entrenamiento de la marcha.
 - en bipedestación ejercicios de traslado del peso de una pierna a otra.
 - en bipedestación ejercicios de pre-marcha, hacia delante, atrás y lateral.
 - caminar empujando para liberar miembros superiores.
 - caminar descalzos.
 - caminar de puntillas y talones.
 - caminar sorteando y saltando obstáculos.
 - caminar al ritmo de la música.

- Entrenamiento del equilibrio.
 - en bipedestación inclinaciones de tronco (la inversión rítmica del movimiento favorece el equilibrio)
 - en sedestación flexo/extensión de tronco y laterales (en silla y camilla)
 - entrenamiento de los movimientos combinados de miembros superiores e inferiores: simétricos bilaterales, asimétricos bilaterales, bilaterales recíprocos, intentando trabajar las articulaciones a su máxima amplitud, respetando el límite del dolor.

- Entrenamiento de la motilidad buco-facial.
 - Expresión de emociones.
 - alegría-tristeza
 - bienestar-dolor
 - miedo
 - aburrimiento.

 - Mandíbula
 - laterales de trituración
 - morder alternativamente labio superior e inferior

 - Mejillas
 - inflar mejillas
 - enjuague de boca
 - empujar con la lengua las mejillas hacia fuera

 - Velo del paladar
 - bostezar, toser, hacer gárgaras.

 - Labios
 - labios juntos con la boca cerrada
 - sonrisa
 - soplar

- emisión de vocales
- silbar

5.1.2 Habilidades para el procesamiento de la información

- Ejercicios de atención y memoria de trabajo.
- Ejercicios para la resolución de problemas a través de supuestos prácticos en donde se expongan y planteen como y de que manera resolver situaciones cotidianas.
- Ejercicios que pongan en práctica las capacidades visoespaciales.

5.1.3 Habilidades para la comunicación

- Enseñar y practicar la respiración diafragmática para el control del ritmo y amplitud de las respiraciones mientras se realizan las actividades.

5.1.4 Educación del movimiento para las A.V.D.

Todos estos movimientos que realizamos para poder ser autónomos en los autocuidados, deben practicarse tantas veces como sean necesarios hasta que el enfermo los aprende. El enfermo de parkinson debe tener siempre presente

que lo que antes hacía de forma automática, ahora debe ser pensado y planeado.

- Entrar en la cama
 - de espaldas a la cama cerca de la almohada
 - doblar tronco y flexionar rodillas hasta sentarse
 - inclinar lateralmente el tronco hasta contactar la cabeza con la almohada
 - subir primero la pierna más cercana a la cama

- Salir de la cama
 - posición en decúbito supino
 - incorporar cuello y cabeza acercando la barbilla al pecho
 - incorporar hombros mientras se apoyan los codos y las palmas de las manos quedan abiertas sobre la cama
 - sacar la pierna más cercana al borde mientras se hace un movimiento de giro sobre los glúteos y se termina de elevar el tronco hasta quedar en sedestación.

- Sentarse
 - de espaldas al asiento
 - notar el asiento en las piernas
 - apoyar las manos en los brazos de la silla

- flexionar cabeza y tronco, caderas y rodillas y descender lentamente

- Levantarse
 - al borde del asiento y pies hacia atrás
 - proyectar cabeza y hombros hacia delante
 - tomar impulso mientras se elevan los glúteos
 - de pie en extensión de rodillas antes de echar a caminar.

- Caminar. Inicio de la marcha
 - posición correcta con centro de gravedad dentro del polígono de sustentación
 - brazos péndulos al lado del cuerpo
 - balancear un brazo durante algunos segundos
 - pensar en algún objeto en movimiento (coche, tren etc)
 - contar hasta tres y avanzar el pie contactando con el talón en el suelo.
 - se puede caminar al ritmo de ir diciendo " talón, talón, talón..."

- Giros
 - no intentar hacer el giro rotando sobre si mismo
 - debe realizarse un semicírculo.

- Bloqueos
 - no se debe intentar seguir caminando ya que ello facilitaría la caída.

- hay que relajarse y recuperar la postura
 - acto seguido seguir los pasos de inicio de la marcha
- Caminar con andador
 - la altura se mide en bipedestación y debe mantener los codos en semiflexión, con los brazos siempre hacia delante.
 - el paciente dentro del andador
 - primero se avanza el andador
 - desplazarse hasta volver a entrar dentro del andador
- Levantarse tras una caída
 - pasar a la posición de decúbito supino
 - ponerse a cuatro patas
 - en dicha posición avanzar hasta un mueble seguro y apoyarse con el lado del cuerpo menos afectado hasta la elevación.
- Subir y bajar escaleras
 - simetría postural
 - brazo hacia delante en extensión con la mano en la barandilla
 - el peso del cuerpo avanza hacia la pierna que se adelante
 - la mano se desliza sobre la barandilla sin tirar de ésta hacia uno mismo.
 - se avanza el tronco y la cabeza, estando ésta en la vertical del pie que se eleva.

- Bañarse
 - al lado de la bañera con el lado del cuerpo más débil en posición de entrar el primero.
 - sujetarse a una barra de apoyo.
 - introducirse.

- Vestirse/desvestirse
 - en sedestación
 - movimientos rápidos y precisos

- Comer
 - adoptar la postura correcta en sedestación evitando la flexión de cuello y cabeza.
 - reducir la distancia mano-boca elevando el plato en la mesa.

- Coger un objeto del suelo
 - acercarse al objeto, apoyarse en una silla.
 - flexionar caderas y rodillas hasta alcanzar el objeto.

- Actividades que facilitan la caída
 - sentarse sin controlar la caída del cuerpo cuando éste se acerca a la silla
 - levantarse en patrón de extensión de cabeza y cuello.

- agacharse flexionando cabeza
 - de puntillas en patrón de extensión de cabeza y cuello.
 - situaciones en que se está subido a silla o escalera.
 - giros bruscos, movimientos impulsivos
 - girar sobre si mismo.
 - transportar y empujar objetos pesados.
- Enseñar a detectar actitudes que faciliten el riesgo de caídas.
 - ansiosa: la ansiedad disminuye el nivel de eficacia.
 - impulsiva: no mide los riesgos con suficiente antelación.
 - pasiva: reacción lenta ante lo inesperado
 - inatenta: no prevé los cambios en el ambiente
 - sobreestima: eficacia por encima de la capacidad real.

5.1.5 Ayudas técnicas

- Ropa
 - fácil de quitar y poner y amplia que facilite los movimientos.
 - velcro en lugar de botones
- Calzado
 - sin tacón, excepto si hay retropulsión en que un pequeño tacón puede ser útil.
 - fácil de quitar y poner, sin cordones.

- de suela porosa, que sujete bien el pie.
- evitar el calzado abierto por el talón.

- Alimentación
 - plato antideslizante, alto y térmico.
 - mantel antideslizante
 - mangos engrosados para los cubiertos.
 - cubiertos angulados para facilitar el acceso de la comida si hubiese limitación del movimiento
 - vasos y tazas con doble asa y boca adaptada
 - facilitar la deglución tomando un sorbo de agua fría antes de comer.
 - cerrar la boca antes de tragar.

- Baño
 - asiento en bañera y ducha
 - barras de apoyo para entrar y salir
 - utilizar ducha de teléfono.
 - evitar baños espumosos.
 - suelo antideslizante, alfombrilla dentro y fuera de la bañera.

- W.C.
 - elevación del w.c
 - barras de apoyo
 - papel higiénico al lado diestro y a una altura accesible

- Aseo
 - dispensadores de jabón y pasta dental
 - mangos engrosados para peines y cepillos
 - cepillo de dientes eléctrico
 - maquinilla de afeitar eléctrica
 - grifos de palanca o monomando.

- Ropa de cama
 - colchón firme, no depresible
 - evitar sábanas de algodón, tejido que produce resistencia al movimiento.
 - evitar superposición de mantas.

- Marcha
 - si hubiese presencia de propulsión deberán evitarse los andadores de ruedas.
 - el andador debe ser de aluminio, graduable en altura y plegable.
 - si se utiliza bastón, debe tener una altura donde la empuñadura del mismo llegue al trocánter mayor.

5.2 Intervención en el entorno

- Iluminación

- los interruptores deben estar a las entradas, a una altura accesible
 - la luz debe ser amplia e indirecta en todas las áreas, principalmente en el dormitorio y el cuarto de baño.
 - las pantallas deben ser traslúcidas y las bombillas opacas
 - mantener una luz tipo piloto encendida durante la noche.
- Suelos y pasillos
 - si el suelo necesitase cera, utilizar de tipo antideslizante.
 - evitar los suelos mojados
 - suprimir felpudos y alfombras o bien fijarlas al suelo.
 - evitar desniveles en el suelo.
 - evitar cables y objetos por los sitios más transitados.
 - si el tamaño del pasillo lo permitiese, instalar una barandilla en la pared
- Escaleras y rampas
 - barandilla en ambos casos a dos/cinco cm. de la pared.
 - en cada escalón , al final, tiras antideslizantes y que contrasten en color con el escalón.
 - el tamaño aconsejado del escalón es de quince cm. de altura y treinta de anchura, la pendiente será de no más de diez escalones y con rellanos intermedios.
- Mobiliario

- Las sillas y sillones deben tener apoyabrazos, respaldo y permitir el ángulo recto de caderas, rodillas y pies.
- la altura ideal es de cuarenta y cinco cm. más o menos.
- la altura de la cama debe facilitar la entrada y salida y adecuarse a la altura de cada paciente.
- los estantes deben estar bien fijos.
- la barra en el armario debe estar a una altura que no induzca a ponerse de puntillas para el acceso a la ropa.
- todos los utensilios cotidianos y más utilizados deben estar a la altura de la cintura.
- las puertas deben tener bisagras de amplitud suficiente, que no precisen de ambas manos para su apertura.

- no cambiar el mobiliario de sitio.

- Orientación
 - relojes grandes con los números bien visibles y contrastando con el color de la esfera y pared.
 - calendario en lugar más utilizado.
 - pegatinas en cada puerta indicando a que habitación corresponde.
 - pegatinas en cajones y armarios indicando que ropa se encuentra en cada uno.
 - señalización clara del agua caliente y fría.

5.3 Intervención en el cuidador

- Los cuidados , ejercicios y forma correcta de realizar las A.V.D. deben seguir la misma pauta cuando el enfermo se encuentra en el domicilio.
- El cuidador principal, bien sea contratado o sea el familiar, debe tener conocimiento sobre la evolución de la enfermedad en cuanto que es la persona que tendrá que supervisar y ayudar. Para ello debe ser asesorado y enseñado igualmente en los siguientes aspectos:
 - Forma correcta en que el enfermo debe realizar las A.V.D. con el último fin de que no se aumente la sobrecarga en los cuidados, no exista sobreprotección supliendo en el enfermo funciones que aun puede realizar o por el contrario le exija más de lo que el estado de la enfermedad le permite y se originen situaciones de estrés en el núcleo familiar.
 - Como debe ser el entorno físico/cognitivo en el que el enfermo se desenvuelve para facilitar el movimiento y el acceso a objetos y utensilios necesarios para favorecer su independencia.
 - Detectar las actitudes en sí mismo y en su familiar que facilitan las caídas.

6. BIBLIOGRAFIA

- 1) Gil Gregorio, P; Orduña Bañón, M.J.; Hernando Galiano, Al. Praxis de la rehabilitación geriátrica en geriatría. Rev. esp. Geriatr Gerontol 1993; 28(nm2):10
- 2) Helm, M. Neurological conditions, ocupational Therapy with the Elderly. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.
- 3) Jahanshahi,M; Marsden, C.D. Enfermedad de Parkinson. Madrid: Edimsa.1998
- 4) Jiménez-Jimenez , F; Luquin,M.R; Molina, J:A. Tratado de los trastornos del movimiento. Madrid: Smhitkline Beecham.1998
- 5) Obeso,J.A; Tolosa, E; Grandas F. Tratado sobre la enfermedad de Parkinson. Madrid: Du Pont Fharma. 1997
- 6) Orduña Bañón M.J. Terapia Ocupacional en Geriatría. En: Macias F. Geriatria del principio al fin. Barcelona. Glosa. 2005.
- 7) Orduña Bañon M.J, Pistorio Jiménez V. Caídas. En: Durante Molina.P; Pedro Tarres.P. Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica. Barcelona. Masson. 1998.

- 8) Pistorio Jiménez V, Orduña Bañon M.J. Parkinson. En: Durante Molina P, Pedro Tarres P. Terapia Ocupacional en Geriátría : principios y práctica. Barcelona. Masson. 1998

- 9) Tinetti, ME. Falls . En: Hazzard, WR; Andres, R; Bierman, EL; Blass, JP, eds. Principles of geriatric medicine and gerontology, 3ª ed. Philadelphia: Macgraw-Hill, 1994.

- 10) Vellas, B; Lafont, C; Allard, M. Trastornos de la postura y riesgo de caída. Barcelona. Glosa. 1995

TERCERA MESA DE PONENCIAS

Autoempleo y Terapia Ocupacional

Dña. Catalina Hoffman Muñoz-Seca

Terapeuta Ocupacional. Directora del Centro de Día Vitalia.

Hoffman Muñoz-Seca C.: Autoempleo y Terapia Ocupacional. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.259-267p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

El sector de la tercera edad es uno de los sectores de mayor expansión, tanto que se ha introducido el concepto de cuarta edad (personas de 75 años en adelante). Esto unido a la problemática actual de personas entre 40 y 55 años que sufren patologías propias de la cuarta edad hacen necesario un tratamiento específico y cierto apoyo para el buen desarrollo de su vida diaria. Además, los centros de atención diurna, a día de hoy, son insuficientes para proporcionar a estas personas un buen desarrollo físico y psíquico. Esto unido a otra larga de motivos, fueron los detonantes para la creación del centro de día Vitalia.

Los objetivos de Vitalia se basan en apoyar a las familias con mayores a su cargo, mejorando su estado físico, psíquico y social; se adapta a las necesidades especiales de cada persona, haciendo de la flexibilidad una de sus características principales (método Hoffmann).

Para la creación de un centro de día es necesario realizar un estudio de las necesidades de la población de tercera edad de la zona, encontrar un lugar de fácil accesibilidad y un local adecuado; así como disponer de toda la documentación necesaria.

PALABRAS CLAVE: Método Hoffmann, tercera edad, cuarta edad, autoempleo, centro de día.

DECS Terapia Ocupacional, síntomas, intervención

ABSTRACT

The third age sector is one of the largest in expansion. So much that the concept of fourth age (75 years onwards) has been brought in.

This, together with the present difficulties of people between the ages of 40 and 55 who suffer illnesses which are common amongst the fourth age, make necessary a specific treatment and certain support for a good development in their daily life.

Besides, nowadays, day centres are insufficient to provide these people a good physical and psychological development. This, amongst other reasons, was the detonator to create the Vitalia day centre.

Vitalia's objectives are based on supporting those families with elderly people under their care, improving their physical, psychological and social status, and turning flexibility into one of its main features (Hoffman method).

To create a day centre it is necessary to do some research on the needs of the third age population living in the area, find an adequate place which can be easily accessed, and also arrange all the necessary documentation.

KEYWORDS Method Hoffmann elderly, the fourth age, self-employment, day center.

MESH Occupational Therapy

1. INTRODUCCIÓN

El sector de la tercera edad es uno de los sectores de mayor expansión. Se ha introducido el concepto de cuarta edad para diferenciar entre las personas de 60- 75 y de 75 en adelante. Ello hace necesario un tratamiento específico para los mayores en estos dos segmentos, dado que necesitan un cierto apoyo en el desarrollo de su vida diaria. En la actualidad ha surgido la problemática de gente de mediana edad (entre 40 y 55 años) que sufren patologías propias de la cuarta edad. La asociación de Familiares de Alzheimer (AFAL), informa que un 10% de la población con edades comprendidas entre 30 y 60 años padece la enfermedad de Alzheimer. Estas personas no saben a donde dirigirse para poder recibir tratamiento y afrontar su vida de una manera digna. La Administración Publica aporta un apoyo a las personas de rentas más reducidas o que cumplan una serie de requisitos mínimos La clase media y alta se ve desprovista de centros de atención diurna que le proporcionen un entorno adecuado para poder ser atendidos y desarrollar capacidades para mantener su estado físico y psíquico.

2. MATERIAL Y MÉTODO: ¿porque se me ocurrió crear el centro?

Una necesidad existente desde siempre, pero acentuada por aspectos específicos de la sociedad actual:

- Incorporación de la mujer a la vida laboral por necesidad de tener una familia con dos sueldos.
- Familias monoparentales.
- Una tercera edad con mayores posibilidades de vida. Cada día nos encontramos con más gente mayor que llegan a unas edades insospechadas tiempo atrás, de lo 90 a los 96 años.
- Presentación de patologías de tercera edad en edades más tempranas. Desgraciadamente estamos viendo muchos casos de enfermos de Alzheimer en gente cada vez más joven. En mi propia experiencia conozco gente desde lo 45 años.
- Aparición de la cuarta edad. Al ser nuestro mayores más longevos se ha tenido que hacer una nueva clasificación.

Dichos aspectos y casos reales fueron los detonantes para iniciar el proyecto. A continuación les detallo uno de mis primeros casos que se han convertido en mí día a día dado que esta situación es de las más comunes con las que me encuentro actualmente.

1.1 María, un caso real

En este caso el centro pudo ayudar y dar calidad de vida tanto a la familia como a la persona mayor.

María está casada con dos hijos. Es abogada, trabaja en un banco desde hace 15 años, su trabajo siempre ha sido impecable.

María tiene cinco hermanos, sus padres de 85 y 78 años viven muy cerca suyo. Hace seis meses la madre de María, Carmen, empezó a tener conductas extrañas. Al llevarla al neurólogo fue diagnosticada de demencia tipo Alzheimer. Ni el padre ni los hermanos de María aceptan la situación, piensan que Carmen no está tan mal y que será algo pasajero.

Han oído hablar de la enfermedad pero no aceptan que nadie de su familia la pueda tener. Como María es la que siempre se ha ocupado más de su madre tiene que asumir este mismo papel en esta situación. ¿Cómo afecta esta situación a la vida de María?

- Carmen requiere una atención constante y María no se la puede dar.
- Las preocupaciones y los días libres para acompañar a su madre al médico, bajan su rendimiento de trabajo.
- Su Jefe ha sido muy permisivo las primeras semanas pero comienza a no serlo tanto...

2.2¿Qué puede hacer Vitalia?

Vitalia escucha todos los problemas que tiene María. Hacemos una primera evaluación de Carmen, para poder posteriormente tener una reunión con toda la familia al completo. Con ello concienciamos a toda la familia de la situación actual de Carmen y les proponemos ayudas para solucionar sus problemas.

Una ruta de transporte recoge a Carmen todas las mañanas, desayuna, come y merienda en el centro. Va a clases de Fisioterapia, talleres de memoria con la terapeuta ocupacional. El médico y la enfermera controlan su evolución y la medicación, la psicóloga trata las frustraciones y ansiedades de Carmen que no comprende muy bien lo que está pasando. Se organiza que haya alguien en casa para ayudar a Carmen a asearse y vestirse por la mañana.

María empieza a darse cuenta de que tiene en Vitalia el apoyo y la tranquilidad necesaria para afrontar el problema actual y el que vendrá en los próximos años. Los objetivos de Vitalia se basan en apoyar a las familias con mayores a su cargo, mejorando su bienestar físico, psíquico y social. En consecuencia María va recuperando poco a poco su vida profesional y laboral.

3. RESULTADO: Nuestro Diferencial

Un proceso de atención innovador diseñado por mí. Empleando métodos y técnicas basados en mi experiencia y trabajo con tercera edad. Es el llamado Método Hoffmann.

Vitalia se adapta a las necesidades especiales de cada persona y no la persona a un programa estándar. Hacemos de la *flexibilidad* uno de sus diferenciales competitivos

Servicios: Atención médica y de enfermería .Servicio de rehabilitación cognitiva y física con terapeutas ocupacionales y Fisioterapeutas , Servicio de auxiliares de clínica, Servicio de psicología y trabajo social, Servicio de comedor, transporte, peluquería y podología.

Es muy importante que haya una unidad dentro del equipo, somos como una cadena que en cuanto un eslabón se suelta no podemos seguir funcionando. Es de vital importancia facilitar el trabajo de cada profesional sin delimitar sus funciones y apoyarlo en nuevos programas que surjan durante el periodo de trabajo.

Uno de nuestros principales objetivos, que se establecieron antes de la creación del centro, es que las personas se sintieran como en casa. Completamente integradas con su entorno y en un ambiente muy familiar.

4. PASOS A SEGUIR PARA EL INICIO DE UN CENTRO

Para la creación de un centro de día es necesario realizar un estudio de las necesidades de la población de tercera edad de la zona. Debemos encontrar

un lugar donde sea fácil la accesibilidad. Búsqueda del local adecuado, a poder ser planta calle.

La documentación necesaria para el inicio de la actividad sería la siguiente

- Creación de una memoria del centro y programa de intervención social. Donde se detalle bien el fin de la actividad que se va prestar, los recursos con los que se cuenta, los profesionales junto con sus programas de intervención...
- Creación y constitución de la empresa. Con la ayuda de profesionales especializados que asesoran acerca de los estatutos de la sociedad y los pasos a seguir.
- Visita a la consejería de asuntos sociales situada en la Calle Alcalá 63 esquina c/ Pedro Muñoz-.Seca donde se entrega la documentación para poder cumplir la normativa vigente. Ahí les informan de todos los trámites y los pasos a seguir para la obtención de los permisos y licencias
- Realización del Curso Superior de Directores de Centros Residenciales de Acción Social para poder dirigir un centro. La duración normalmente de un año se puede hacer una parte presencial y otra a distancia.
- Inscripción en el listado de Directores de la Comunidad. Esto se realiza en la conserjería de Asuntos Sociales nombrada anteriormente.

- Realización de cursos de administración de empresas. Es aconsejable, para quien no conozca el área, tener nociones algo más que básicas para el buen manejo de la empresa.

5. CONCLUSIÓN

Como resumen final a este breve artículo creo que lo más importante para crear y montar un centro de día es tener ganas e ilusión. Saber muy bien a quien dirigirlo y que tipo de actividades se quieren hacer, buscar muy bien tu equipo de trabajo porque sin ellos no eres nada. Ser consciente de que requiere y requerirá mucho tiempo de trabajo y esfuerzo tanto físico como económico. En mi caso todo lo que le he dedicado y dedicaré a pesar de los malos momentos no lo cambio por nada. Lo más gratificante que me ha pasado es ver que realmente estas dando calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Durante, P, Pedro, P. (2004) Terapia Ocupacional en geriatría. Principios y práctica. Madrid: Masson.

Hodges, JR. (1996) Valoración cognitiva. Barcelona: Prous Science S.A.

Cambier, J, Masson, M y Dehen, H. (2000). Neurología. Madrid: Masson

TERCERA MESA DE PONENCIAS

Investigación en Terapia Ocupacional

D. Pedro Moruno Miralles

Terapeuta Ocupacional y Doctor en Psicología. Profesor Titular del Centro de Estudios Universitarios. Universidad Castilla La-Mancha.

Moruno Miralles, P.: Investigación en Terapia Ocupacional. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.268-285p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

La RAE define el término investigar como realizar diligencias intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia.

El conocimiento científico debe caracterizarse por ser un discurso público, es decir, que sus conclusiones, deben estar sujetas a un proceso de análisis para poder consolidar su solidez y validez.

El énfasis con que la Terapia Ocupacional afirma que la ocupación previene la enfermedad y la discapacidad, fomenta o promueve la salud, posibilita su mantenimiento y recuperación debe ser contrastada con la realidad.

En Terapia Ocupacional, la tarea investigadora debe dirigirse hacia la evaluación, contrastación y profundización de todos los aspectos vinculados con las técnicas e intervenciones terapéuticas, así como los principios de la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Investigación, Terapia ocupacional, Ocupación, Conocimiento científico, Discurso público.

DECS Terapia Ocupacional, síntomas, intervención, Ocupación, Gestión del Conocimiento para la Investigación en Salud , Habla

ABSTRACT

The Real Academia Española (RAE) defines investigate how to perform intellectual and experimental diligences in a systematic manner in order to increase knowledge about a particular subject.

Scientific knowledge should be characterized by being a public speech, its conclusions should be subject to a process of analysis to consolidate its solidity and validity.

The emphasis that the Occupational Therapy states that the occupation prevents disease and disability, encourages or promotes health, enables maintenance and recovery must be contrasted with reality.

In Occupational Therapy, the task of inquiry should be directed towards the assessment, matching and deepening of all aspects relating to the techniques and therapeutic interventions, as well as the principles of clinical practice.

KEYWORDS Research, Occupational Therapy, Occupation, scientific knowledge, public Speech.

MESH Occupational Therapy, Research, Occupation, Knowledge Management for Health Research , Speech

INTRODUCCIÓN

El propósito de la conferencia que desarrollaremos a continuación es dibujar un amplio bosquejo sobre la labor investigadora en terapia ocupacional. Como tal, no pretende ubicar definitivamente al oyente en relación con el complejo y extenso ámbito de la investigación, sino más bien dar pié a la reflexión o generar inquietudes que le aproximen a él.

Intentaremos describir cómo se conceptualiza en la actualidad la tarea investigadora, tratando de aclarar algunos de los mitos y errores que aparecen frecuentemente asociados al quehacer investigador. También trataremos sobre el valor del trabajo investigador en terapia ocupacional, sus propósitos, sus relaciones con la práctica clínica, sus consecuencias y sus dificultades, así como sobre las diversas formas en que podemos afrontar como terapeutas ocupacionales labores de investigación.

Perfilaremos, por último, algunas de las principales líneas de investigación que podemos encontrar descritas en la literatura especializada sobre terapia ocupacional.

¿QUÉ ES INVESTIGAR?

Si consultamos la definición dada de la palabra investigar en nuestra lengua, en el Diccionario de María Moliner (1) podemos encontrar: "Hacer gestiones o diligencias para llegar a saber cierta cosa."

Desde nuestro punto de vista este proceder no es privativo del quehacer investigador, remite a una tendencia del ser humano; podemos considerar que la adquisición de conocimientos es consustancial al ser humano y puede llevarse a cabo de diferentes formas. Las tradiciones culturales, las enseñanzas de padres a hijos, la propia experiencia o el sentido común son formas de adquisición de conocimiento sobre el mundo, sobre la naturaleza de las cosas, que no pueden ser consideradas fruto de la investigación y que, sin embargo, no son ni mucho menos desdeñables para el trabajo de la clínica.

Es bien sabido que una idea escuchada, asimilada en la infancia o adquirida de cualquier otra forma, tiene mayores probabilidades de asentarse en nuestro pensamiento que una idea nueva, puesto que los circuitos neuronales nuevos tienen mayor dificultad para establecerse que los ya ejercitados con anterioridad. También sabemos que determinadas ideas son más fácilmente comprensibles y, por tanto, más difíciles de criticar por la razón o el sentido común (por ejemplo, para nuestra composición lógica basada en la experiencia es más difícil asimilar la teoría heliocéntrica que la teoría geocéntrica; al fin y al cabo, a nuestros ojos es el sol el que parece moverse alrededor de la tierra). Asimismo, el criterio de autoridad suele ser uno de los

Volumen 5. Suplemento 1. Enero 2008. García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de Historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional

cauces más habituales de adquirir conocimiento; implica la adquisición de conocimientos compartidos por un entramado social jerarquizado del que el sujeto es parte indivisible (valga el ejemplo del discente que asimila las lecciones impartidas por el profesor; en raras ocasiones encontramos estudiantes que se enfrenten de una manera crítica a los conocimientos impartidos en las clases). Estas formas y mecanismos de adquisición de conocimiento del ser humano respecto del mundo que le rodea son adaptativas y, como tal, no podemos desecharlas, puesto que tienen una aplicación pragmática y funcional que ofrece respuestas útiles a nuestra experiencia cotidiana.

Al consultar el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2) encontramos una definición de investigar que circunscribe de forma más precisa el concepto que deseamos examinar; a saber: "Realizar diligencias intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia".

Esta definición delimita más el concepto; investigar es, por tanto, una forma "particular" de adquisición de conocimientos, que se caracteriza por su *sistematicidad*, después veremos que también por su afán de rigor, racionalidad y control. En esta última definición podemos advertir que se introducen dos formas distintas de investigar: por un lado, aquella que se postula en relación con un esfuerzo intelectual y otra basada en la experimentación. En ambos casos, el motor de la generación de explicaciones científicas es la búsqueda de

relaciones causales, de explicaciones que pongan en relación determinados hechos, sus causas y sus consecuencias o efectos.

Como podemos ir perfilando, la labor investigadora es, por tanto, una forma especial de acercamiento al conocimiento de la realidad. No se ocupa de lo obvio y trivial sino de problemas de difícil explicación y mantiene, en relación con sus propios postulados, una actitud de duda, relatividad o provisionalidad que la diferencian de la adquisición del conocimiento ordinario o de sentido común. Podríamos preguntarnos entonces, ¿Cuáles son los criterios que delimitan lo que es científico y lo que no lo es?

Antes de continuar nos gustaría señalar que los criterios que delimitan el quehacer científico dependen del contexto histórico; es decir, los criterios actuales de cómo se hace ciencia no son los mismos que los de hace un siglo y con toda probabilidad no serán iguales a los que nos deparan los años venideros. La consideración de un quehacer científico depende de los criterios de los propios científicos y de los epistemólogos y filósofos de la ciencia que se encargan de estudiar las características de cómo se lleva a cabo *ciencia*. En este sentido resultan especialmente aclaratorios los postulados del filósofo de la ciencia T.S. Kuhn (3) y su teoría de las revoluciones científicas.

Las características propias del conocimiento científico se distinguen de las de la adquisición del conocimiento ordinario por su sistematización en la

Volumen 5. Suplemento 1. Enero 2008. García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de Historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional

adquisición del conocimiento, soportada en la metodología desarrollada por la ciencia en su labor, con un apoyo en datos empíricos y en el sometimiento a prueba de los postulados que surgen de este quehacer, de cualquier ley, hipótesis, teoría o constructo que formule.

La ciencia se caracteriza por su método y sin él no podría concebirse. El método científico podríamos definirlo como la forma estructurada de llevar a cabo una acción o el procedimiento para analizar y resolver un problema, según una serie de pasos y reglas orientados hacia un fin.

Podríamos, por tanto, considerar el trabajo de investigación en relación con un conjunto de acciones y procedimientos que permiten ampliar conocimientos, mejorar su entendimiento, probar y mejorar los constructos teóricos, de forma que esta labor permita la ampliación de los mismos y guíe futuras políticas y directrices de acción. La idea de método tiene que ver con la forma en que la investigación científica lleva a cabo una acción estructurada. Podemos resumir que el método en el que se apoya la investigación científica:

- Procede de forma gradual y sistemática.
- Pone a prueba sus propias conclusiones y, por tanto, se corrige a sí mismo.
- Acomete explicaciones parciales y, en consecuencia, aporta explicaciones parciales sobre los hechos de la naturaleza.

Aunque, a nuestro modo de entender, el método no es el único criterio que nos permite diferenciarlo. Además, tal y como señala Leahey (4), el conocimiento científico debe caracterizarse por ser un *discurso público*; esto es, las conclusiones obtenidas a través de la investigación deben estar sujetas a un proceso de análisis y crítica público y es de esta forma como consolidan su solidez y validez. De esta manera se trata de eludir – o al menos contrarrestar – criterios de autoridad y otros problemas bien conocidos que amenazan a la labor investigadora.

Dicho esto, nos gustaría señalar que los criterios de demarcación científica pueden ser diferentes, dependiendo del autor que consultemos. Así, los métodos de estudio e investigación pueden clasificarse atendiendo a un criterio de cientificidad estricto, en el que lo experimental diferenciaría lo científico de lo que no lo es o ampliar nuestro concepto de ciencia de un modo más flexible.

A nuestro modo de entender, las ciencias humanas, en oposición a las ciencias naturales, aunque no poseen el mismo grado de cuantificación, predicción, y seguridad, pueden ser consideradas con el suficiente rigor metodológico como para considerarse una realización suficiente de conocimientos critico-rationales.

La discusión entre lo que es científico y lo que no está abierta en relación con las ciencias humanas. La posición a la que nos acogemos, siguiendo a J. Montserrat (4), podríamos sintetizarla en el párrafo recogido del texto *Epistemología evolutiva y teoría de la ciencia*: "Si convencionalmente se entiende únicamente por ciencia lo que se hace en las ciencias de la naturaleza (y mucho más si damos de éstas una interpretación operacionalista), entonces es evidente que las ciencias humanas no son tales ciencias, puesto que hay una considerable distancia que las separa de las ciencias naturales. Sin embargo, si damos una definición más amplia del concepto de ciencia, entonces también es evidente que tanto las ciencias de la naturaleza como las ciencias humanas pueden aparecer como realizaciones concretas, aunque en parte semejantes, de ese modo de conocimiento específico que llamamos ciencia."

Desde este punto de vista, podemos considerar métodos de investigación con mayor o menor rigurosidad en relación con las características que delimitan el quehacer científico; el método psicoanalítico, fenomenológico, existencial, correlacional, clínico y experimental. En el campo de las ciencias humanas, las restricciones que el método experimental impone impiden que éste sea seguido estrictamente. De esta forma, las "leyes" que surgen de las investigaciones en las ciencias humanas no tienen la misma precisión, ni capacidad predictiva que tiene en las ciencias naturales. La multiplicidad de factores que influyen en el comportamiento humano hace más complicado la manipulación y aislamiento de variables, puesto que el comportamiento humano no es similar al comportamiento de un objeto mecánico.

La complementariedad de los métodos de investigación es en la actualidad, sino algo admitido explícitamente, una tendencia tácita de los investigadores que, dependiendo de las características del objeto de estudio y justificando con rigor la aplicación de su método, contemplan la posibilidad de utilización de diversos métodos, con distintos grados de científicidad, en la exploración y conocimiento del hecho humano.

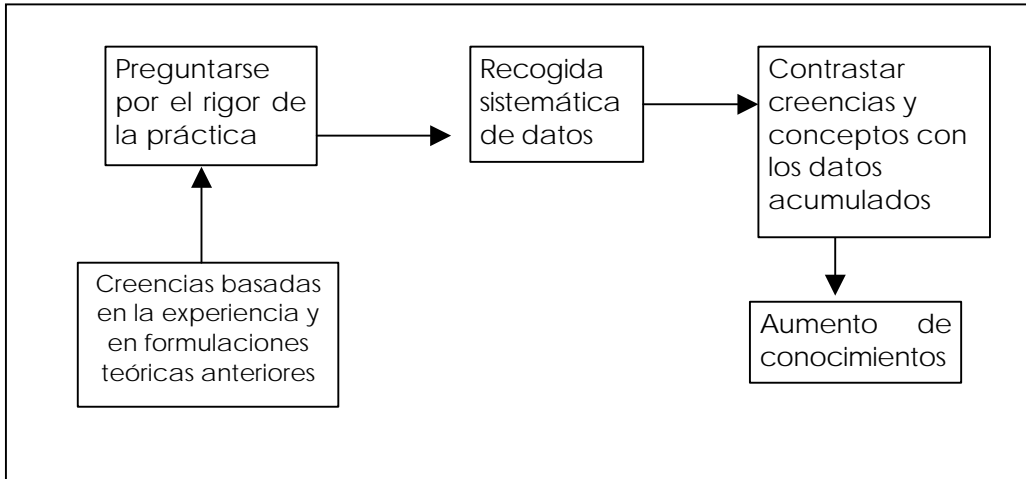
¿POR QUÉ INVESTIGAR?

El énfasis con que los terapeutas ocupacionales afirmamos que la ocupación previene la enfermedad y la discapacidad, fomenta o promueve la salud y posibilita su mantenimiento y recuperación debe ser contrastado con la realidad. De cualquier otra forma, tal afirmación sólo puede ser considerada fruto de la tozudez o un acto de fe. Consecuentemente, al análisis reflexivo y la observación crítica de nuestra práctica clínica puede constituirse en un lugar privilegiado para contrastar nuestras ideas y creencias, así como para compararlas con las de otros profesionales y disciplinas, superando la tendencia común entre los terapeutas ocupacionales a atrincherarse en la incompreensión y desconocimiento del resto de disciplinas.

La investigación parte inicialmente del conocimiento ordinario o de formulaciones científicas anteriores y trata de aproximarse a los problemas que

se dan en la realidad para intentar comprenderlos mejor. El método científico parte de la definición de un problema dado en la realidad. Por tanto, no deberíamos considerar la labor investigadora como una actividad muy distanciada de la práctica clínica, más bien debe venir a colaborar en el sentido de servir de justificación y explicación de ésta. Por ejemplo, el terapeuta ocupacional programa y planifica un conjunto de actividades para un grupo de pacientes. Gracias a su experiencia clínica previa, es capaz de prever, con cierto grado de certidumbre, qué tipo de actividades pueden ser más efectivas. La tarea investigadora debe perseguir la elaboración del sistema de conocimientos que justifique la aplicación de esa técnica, como consecuencia de la puesta en evidencia de las interrelaciones de un conjunto de factores que expliquen su efectividad terapéutica. De esta forma, el proceso de investigación, a pesar de la creencia común que imagina al investigador encerrado en un laboratorio, se asemeja hasta cierto punto a la búsqueda de claves y la formulación de suposiciones e intuiciones que todo terapeuta ocupacional clínico realiza en su trabajo diario.

Podemos representar la actitud del terapeuta ocupacional interesado en las relaciones entre la práctica y la investigación y en el rigor de su práctica clínica en el siguiente esquema:



La actitud de cuestionarse, preguntarse, será el punto de partida del terapeuta ocupacional con interés en profundizar en el rigor en la aplicación de las acciones que justifican su disciplina, de cara a la solución de problemas y al aumento de conocimientos teóricos.

Las rutinas en la realización de registros, recogida de datos, elaboración de diarios, estudios estadísticos, etc., supone la base a partir de la que podemos desarrollar estudios explicativos y descriptivos básicos en cualquier tipo de investigación. Aunque no tiene demasiado sentido realizar recogidas sistemáticas de datos sin tener criterios previos en relación con su análisis e interpretación, sin embargo, a menudo la acumulación de tales datos pueden ser el origen de la emergencia de ideas valiosas o hipótesis que den lugar a líneas de investigación.

De esta forma, basándonos en las rutinas de registro y en la acumulación sistemática de datos (que hará posible acudir a antiguos registros, de tal forma que podamos apreciar la evolución en relación con los conocimientos que de forma intuitiva venimos aplicando en nuestra práctica diaria), junto con la actitud de preguntarse sobre la validez de nuestras creencias al aplicar técnicas de tratamiento o abordajes prácticos, podremos realizar revisiones críticas y modificaciones de nuestros supuestos, contrastando éstas con la observación del trabajo práctico, recogiendo de nuevo datos sobre las nuevas creencias que hagan posible, con el paso del tiempo, el aumento de nuestro conocimiento.

Veamos un ejemplo. Un terapeuta ocupacional puede creer, basándose en su propia experiencia clínica, que la forma en que se conciben en una institución las actividades cotidianas de los residentes de un centro geriátrico tiene una influencia directa en la percepción de los ancianos de su nivel de funcionamiento. Dicho de otra forma, mayor capacidad de decisión y autogestión de las actividades de la residencia, suponen una mejora en la percepción individual del funcionamiento. Supone, además, que este hecho implica un mayor sentimiento de bienestar que influye en la salud general de los residentes. Basándose en tales hipótesis, podrá ir registrando diferentes datos sobre distintas formas de organizar las actividades dentro de la institución y su relación con la percepción de funcionamiento de las personas mayores. La revisión de las informaciones recogidas podría llevar al terapeuta ocupacional a postular algunos de los criterios que debe cumplir la organización de la ocupación en la residencia; por ejemplo, favorecer la responsabilidad y

autogestión de la persona mayor en la realización de sus actividades. Basándose en estos criterios podría ponerlos a prueba, contrastarlos con su práctica habitual, responsabilizando, en la medida de lo posible, al anciano en sus actividades diarias. Los nuevos datos que se obtengan de la contratación de esa hipótesis supondrán el enriquecimiento de las particularidades de la ocupación de las personas mayores en residencias; es decir, un aumento de los conocimientos sobre la ocupación y sus efectos terapéuticos.

En definitiva, los principios filosóficos y creencias fundamentales de una disciplina deben ser puestos a prueba con el objeto de falsar o verificar sus postulados y, en consecuencia, consolidar tales creencias. Siguiendo a Karl Popper, las distintas teorías desarrolladas por una disciplina científica deben ser sometidas a prueba, con criterios de falsación duros, de forma que se rechacen aquellos aspectos débiles de las teorías, refinando paulatinamente sus conocimientos y perfeccionando las teorías desarrolladas.

En el campo de la terapia ocupacional la tarea investigadora y los programas de postgrado diseñados por las universidades deben dirigirse hacia la evaluación, contrastación y profundización de todos aquellos aspectos vinculados con el desarrollo de técnicas de tratamiento e intervenciones terapéuticas, así como a los principios conceptuales que justifican la práctica clínica de la terapia ocupacional. Además, es igualmente importante analizar cómo las creencias fundamentales de nuestra profesión pueden ser sostenidas

de igual forma cuando se trata de su aplicación en la población enferma que cuando se trata de la población sana, adentrándonos en el campo de la prevención y promoción de la salud -en nuestro caso a través de la ocupación-, faceta de importancia determinante en el ámbito de las ciencias de la salud.

Antes de concluir, nos gustaría citar algunas de las principales líneas de investigación dentro de nuestra disciplina, obtenidas a través de la revisión de la literatura:

- Investigaciones básicas sobre el concepto de ocupación: que persiguen explorar las diversas formas de ocupación del ser humano y su significación.
- La influencia de la ocupación en la salud.
- Cómo se desarrollan normalmente los patrones ocupacionales funcionales y cómo evolucionan a lo largo del currir vital del individuo.
- Cómo se puede utilizar la ocupación como agente terapéutico.
- Estudio de las particularidades culturales con relación a la ocupación y el entorno y su influencia en la salud.
- Estudios sobre la naturaleza y significado de la ocupación para los seres humanos.

Para finalizar, deseáramos advertir que el propósito último de esta conferencia ha sido el de alentar a los oyentes a iniciarse en el ámbito de la

investigación. Como hemos tratado de transmitir a lo largo de nuestra exposición, investigar, más que una parcela reservada a un reducido grupo de elegidos, puede constituirse en una inquietud de los terapeutas ocupacionales en su práctica clínica que, sin duda, influirá en su quehacer cotidiano para mejorarlo y, por ende, repercutirá favorablemente en los receptores de sus esfuerzos.

BIBLIOGRAFÍA

1. (1) María Moliner. (1996). Diccionario de uso del español. Madrid. Gredos.
2. (2) Diccionario de la Real Academia Española. 22^a ed. (2001). Real Academia Española. Madrid. Espasa Calpe
3. (3) Kuhn, T. (1975). La estructura de las revoluciones científicas. México. Fondo de Cultura Económica
4. (4) Leahey, T. (1995). Historia de la psicología. 2^a ed. Madrid. Debate.
5. (5) Montserrat. J. (1987). Epistemología evolutiva y teoría de la ciencia. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Bibliografía recomendada

- Clark, F. y Larson, E. A. (1998). Occupational Science: occupational therapy`s legacy for the 21st century. En: Neistadt, M. E, y Crepeau, E.

- B. (1998). Willard and Spackman`s Occupational therapy, 9ª ed. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers.
- Creek J. (2002). Occupational Therapy and Mental Health. 3ª ED. Edinburgh. Churchill Livingstone.
 - Crepeau. E. et al. Willard and Spackman: Terapia ocupacional 10ª Ed. Madrid. Panamericana. 2005.
 - Hagedorn, R. (2002). Foundations for practice in occupational therapy 3ª ed. Edinburgh. Churchill Livingstone.
 - Kielhofner, G. (2002). A model of Human Occupation: Theory and application. 3ª ed. Baltimore. Williams and Wilkins.
 - Mosey, A. C. (1996). Psychosocial Components of Occupational Therapy. Filadelfia: Lippincott-Raven.
 - Moruno P. Sobre la base conceptual de la terapia ocupacional. Revista informativa de la APETO 2001; (25): 14-20.
 - Moruno, P, y Romero, D.M. Actividades de la vida diaria. Barcelona. Masson. 2006.
 - Organización Mundial de la Salud (2001), Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra.
 - Reed, K. L. y Sanderson, S. (1999). Concepts of occupational therapy. 4ª ed. Baltimore. Lippincott Williams and Wilkins.
 - Romero, D. y Moruno, P. (2003). Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas. Barcelona. Masson.
 - Wilcock, A. (1998). An Occupational Perspective of Health. Thorofare. Slack.

- World Federation of Occupational Therapy (1998). World Federation of Occupational Therapists Glossary: English - French - German – Spanish. 1st Draft. Belgium. WOFT.
- Zemke, R. y Clark, F. (1996). Occupational science: the evolving discipline. Filadelfia. F. A. Davis.
- Occupational Therapy practice framework: Domain and process. American Journal of Occupational Therapy. 2002. 56: 609-639

SESIONES CLÍNICAS

Tratamiento de Terapia Ocupacional en la Demencia Frontotemporal de Pick

Dña. María González Sobrinos

Terapeuta Ocupacional y Psicomotricista. Centro de Día Casino de la Reina.

Tutora de Prácticas de la Escuela Universitaria La Salle.

González Sobrinos M.: Introducción: Tratamiento de terapia ocupacional en la Demencia Frontotemporal de Pick. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.286-332p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Cuando se habla de degeneración frontotemporal en sentido de entidad clínica, ésta se refiere a un síndrome clínico que presenta una combinación variable de trastorno del comportamiento y un déficit del lenguaje progresivo, comúnmente de presentación presenil. Las técnicas utilizadas durante la intervención son: Rehabilitación Cognitiva de Allen, Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano: Técnicas de Comunicación, Terapia de Validación, Adaptación Funcional y Cognitiva del Entorno Físico, Orientación a la Realidad, Reminiscencia y Revisión de Vida, Terapia de Estimulación Sensorial, Tratamiento Dirigido Táctil-Cinestésico, Psicomotricidad, Musicoterapia, Laborterapia y Arteterapia, Estimulación y Entrenamiento Cognitivo, Reeducación de la alimentación, Técnica Bobath, A través de la continúa modificación y adaptación de las actividades de la vida diaria y de los entornos físicos y sociales en los que se desempeñan estas tareas, conseguiremos enlentecer el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la independencia ocupacional.

PALABRAS CLAVE: Demencia frontotemporal, Terapia Ocupacional, Demencia de Pick, técnicas de tratamiento, Rehabilitación cognitiva de Allen.

DECS Demencia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación, técnicas de tratamiento

ABSTRACT

When one speaks of front temporal degeneration in sense of clinical entity, this commonly refers to a clinical syndrome that presents a variable combination of dysfunction of the behaviour and a deficit of the progressive language, of pre-senile presentation. The techniques used during the intervention are: Allen's Cognitive Rehabilitation, Cognitive and Functional Adaptation of the Human Environment: Communication Techniques; Therapy of the Validation, Functional and Cognitive Adaptation of the Physical Environment, Orientation to the Reality, Reminiscence and Revision of Life; Therapy of Sensorial Stimulation, Tactile- Kinetic (Cinético) Directed Treatment, Psychomotor Activity, Music-therapy, Labour-therapy and Art-therapy, Cognitive Stimulation and Training, Re education of the feeding; Bobath Technique; throughout the continued modification and adaptation of the activities of the daily life and of the physical and social environments in those these tasks act, we will get slow down (ralentizar) the deterioration and to conserve and/or to recover those capacities, abilities and affected dexterities that brake the occupational independence Program of Functional Therapy.

KEYWORDS Dementia, Occupational Therapy, Dementia Pick, treatment techniques, Cognitive rehabilitation Allen.

MESH Dementia , Occupational Therapy, rehabilitation treatment, techniques

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La demencia impide de forma gradual percibir, comprender y manejar el entorno. Provoca la alteración de las capacidades cognitivas, conductuales y emocionales, repercutiendo progresivamente en el grado de autonomía funcional conduciendo a la dependencia más absoluta.

Desde Terapia Ocupacional se emplea la ocupación/ actividad significativa como método terapéutico para abordar estos trastornos.

El terapeuta ocupacional, desde su campo de acción: la ocupación, contribuye a mejorar/adaptar el desempeño del paciente en el medio que le rodea.

A través de "lo que hacemos", del conjunto de ocupaciones/actividades que una persona decide realizar a lo largo de su vida (trabajo profesional, rutinas diarias como el aseo, vestido, alimentación, actividades de ocio: ir la cine, al teatro, al club, practicar deportes...) conseguimos adaptarnos progresivamente y dominar el entorno en el que estamos inmersos. De esta

forma damos respuesta a nuestras necesidades vitales y además expresamos nuestros intereses, valores y creencias, conformando nuestra identidad personal/social.

La implicación del ser humano en actividades productivas, de la vida diaria y lúdicas de una forma equilibrada contribuye al desarrollo y mantenimiento de sus estructuras físicas, psicológicas, afectivas y sociales y viceversa.

En el caso de los pacientes que padecen demencia, la alteración de estructuras cognitivas (memoria, atención, planificación, orientación, comunicación, motivación) y afectivas acaban influyendo en el resto y dificultan la realización de la mayoría de las ocupaciones que venían desempeñando durante toda su vida. Comienza entonces esa disfunción ocupacional que les impide adaptarse, responder a las demandas del día a día, ser independientes.

Desde este punto de vista, la ocupación puede ser utilizada terapéuticamente para enlentecer el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la independencia ocupacional.

La intervención desde terapia ocupacional se basará en una continua modificación y adaptación de las actividades de la vida diaria y de los entornos físicos y sociales en los que se desempeñan estas tareas.

La intervención se inicia con la evaluación exhaustiva de la situación cognitivo-afectiva, niveles de independencia-dependencia funcional (AVD), intereses, habilidades y destrezas ocupacionales, entorno físico-social y los objetivos / expectativas del paciente para detectar las funciones deficitarias y las no afectadas. Prosigue con la planificación de actividades que incluyan en su desempeño las capacidades necesarias para alcanzar los objetivos pactados con el paciente/familia.

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

La degeneración frontotemporal se corresponde con un síndrome caracterizado por una degeneración o atrofia cortical selectiva de los lóbulos frontales y de la parte anterior de los lóbulos temporales, causados por procesos neurodegenerativos.

Epidemiológicamente la importancia de la DFT es más que notable, estimándose que constituye aproximadamente el 15% del total de demencias degenerativas primarias.

Variantes destacables

La disfasia progresiva primaria es una entidad clínica que se refiere a un trastorno aislado del lenguaje progresivo y primario y que puede dividirse en dos subtipos, que además se pueden correlacionar con los predominios topográficos afectos. El subtipo afasia progresiva primaria es una afasia no fluente progresiva primaria, cuya topografía lesional correspondiente es la de

mayor afectación perisilviana de hemisferio dominante. Los hallazgos clínicos son una anomia, menor fluencia verbal, con comprensión conservada; en el marco de los tests neuropsicológicos específicos, cabe destacar un menor rendimiento en el FAS que en el set test.

Historia de la demencia frontotemporal: de la atrofia de pick a las tauopatías.

Pick fue el primer autor que describió un síndrome focal: alteración del carácter y del lenguaje, y su relación con una atrofia cerebral selectiva, macroscópica, que en este caso es frontal. Alzheimer describió los rasgos histológicos típicos de la atrofia de Pick: cuerpos de Pick y células de Pick. Onari instituye el nombre de enfermedad de Pick a la asociación clínica de Pick y la descripción de la anatomía patológica de Alzheimer.

A pesar de publicaciones aisladas, es olvidada y renace sobre los años 1970, influyendo muy probablemente en este nuevo reconocimiento su frecuencia es relativamente elevada a edades preseniles. Impulsan este síndrome autores como Constantinidis, Mitsuyama, Neary, un autor que por la mayor importancia de la ubicación de las lesiones que de su histología, agrupó estas demencias bajo el epígrafe global de demencia frontotemporal, Knopman, Brun, Gustafsson, Kertesz..., y la confección de consenso de criterios clínicos y neuropatológicos de la demencia frontotemporal por el grupo de Lund y Manchester.

De los síndromes focales, aislados, selectivos, uno por cada función afecta, se pasa a agrupar este conjunto de degeneraciones y lleva a proponerse el término general de "complejo Pick", existiendo defensores de la postura unificadora y también de la postura individualizadora. Cuando se utilizan técnicas genéticas, inmunohistoquímicas y de biología molecular, se pueden distinguir entidades morbosas claramente diferentes, morfológicamente distintas, aunque clínicamente pueden ser indistinguibles. La base neuropatológica más común de estos síndromes, es la degeneración tipo frontal, con pérdida neuronal y microespongiosis.

Un primer hallazgo novedoso viene de la genética y su estudio de las formas familiares. Hay que citar que además de las formas familiares antes comentadas, asociadas al cromosoma 17, designadas con el acrónimo, que también se conocen familias con DFT y evidencia de un ligamiento a otro locus, en este caso situado en el cromosoma 3. Pero la mayoría de familias ligan con el locus de la DFTP-17, que ha resultado ser el del gen de la proteína tau. Existen otras enfermedades neurodegenerativas en las que ha podido demostrarse la existencia de una disfunción de la proteína tau, agregada en forma de ovillos neurofibrilares y anormalmente fosforilada (hiperfosforilada), anomalía que presumiblemente conduciría, contribuiría o marcaría la muerte neuronal. A nivel genético existe heterogeneidad, de locus o alélica. El aspecto novedoso más reciente viene de la biología molecular. En distintas enfermedades neurodegenerativas, junto con la detección de aspectos clínicos, histopatológicos o bioquímicos, comunes en enfermedades hasta ahora

consideradas como muy distintas (enfermedades de Alzheimer, Parkinson, DFTP-17, PSP; DCB...) se ha comprobado la existencia de un metabolismo anormal de la proteína tau. Se postula que estas anomalías conducen a la sobreproducción de isoformas tau de citoesqueleto neuronal, con alteraciones del metabolismo de los microtúbulos neuronales, y todas estas entidades han sido agrupadas como tauopatías, un nuevo grupo de enfermedades neurodegenerativas esporádicas o hereditarias definido por estas anomalías comunes en la biología molecular.

Neuropsicología

Los lóbulos frontales pueden dividirse en varias unidades anatómicas, cada una de las cuales tienen conexiones diversas y diferenciadas con otras áreas corticales y subcorticales, que pueden ser uni o bidireccionales.

La corteza frontal, se divide en tres grandes áreas: corteza motora, premotora y prefrontal. Las dos primeras se asocian con funciones motoras. Es la corteza prefrontal el sustrato anatómico de la degeneración frontotemporal. A su vez, se dividen en otras áreas: dorsolateral (externa), frontomedial y orbitofrontal o ventral. De nuevo en estas zonas se identifican aferencias corticales y subcorticales. Una focalidad prefrontal da lugar a un síndrome disejecutivo, con alteración de la planificación, la toma de decisiones y la capacidad de juicio. La apariencia clínica ya conocemos que varía en función del área predominantemente afecta: En caso de predominio dorsolateral, encontraríamos alteración de capacidades ejecutivas, concretamente

alteraciones de la iniciación, organización, y ejecución de las actividades de la vida cotidiana; alteración de la capacidad de juicio, del sentido común; irritabilidad, inercia y apatía. En caso de predominio orbitofrontal, la afectación fundamental es la de la organización del comportamiento, encontrándonos con cambios emocionales, agresividad e hilaridad. En caso de predominio mesial predominan la hipocinesia y apatía, pudiendo llegar a una acinesia y mutismo; asimismo, incapacidad de atender a diferentes estímulos al mismo tiempo y alteración del pensamiento abstracto, con incapacidad para resolver problemas: negligencia, impersistencia y perseveración.

Aparte de focalidad prefrontal, puede existir un predominio focal. El más notable es el predominio frontotemporal izquierdo perisilviano, manifestado por una llamativa forma focal de DFT, la afasia progresiva primaria. La afectación temporal bilateral o de predominio en la porción posterior temporal izquierda se manifiesta como demencia semántica, como la anterior, ya comentada. La afectación con predominio perirrolándico (frontal y parietal anterior) dando lugar a una presentación clínica indistinguible de la degeneración corticobasal.

En general hay cierta relación entre expresión clínica y topografía lesional. Si la afectación es más izquierda, domina la alteración disfásica; si es derecha, la compulsión y desinhibición; si es frontal la apatía y si es temporal la euforia. Frontal izquierdo es afasia no fluente, aislamiento, depresión, ideas de culpa; frontal derecho, desinhibición, infantilismo, hipercriticismo, mala conducta; temporal izquierdo, afasia y alexia semántica; temporal derecho, afectividad bizarra, estereotipias, hiperoralidad.

Clínica

El comienzo típico es en edad presenil, cuarta a sexta década de la vida, aunque puede comenzar en cualquier edad de la vida adulta. Dura la enfermedad entre 3 y 17 años, con un valor medio de 8 años, algo menor que en la enfermedad de Alzheimer.

El inicio es insidioso y de evolución lentamente progresiva, y caracterizado por un trastorno de conducta precoz. Perturba notablemente la vida familiar y el trabajo, siendo esto más que el deterioro cognitivo el motivo de consulta. Las anomalías, como seguidamente se desglosa, alcanzan todo el rango posible de alteraciones del comportamiento.

Se comporta de forma irresponsable, con demostraciones de escasez de juicio y sentido común y se ve al afecto como incapaz para adecuar su conducta al entorno. También existe una pérdida de autoconciencia e "insight". En la relación interpersonal inespecífica, notablemente hay alteración de empatía: conducta descortés, broncas inadecuadas, robos y agresiones.

En los aspectos de autocuidado personal, también existe alteración, con abandono de la higiene personal y del cuidado del vestido. La alteración conductual alcanza también a la esfera sexual, donde puede existir desinhibición y aumento de la demanda sexual o, en otras ocasiones, también al contrario desinterés.

En cuanto a la alimentación, la alteración más destacable es la de los hábitos de comida, generalmente asumiendo conductas repetitivas, rutinas y rituales. Es destacable la dependencia de estímulos. Normalmente existe una tendencia incontrolable a responder ante los estímulos del entorno. Son típicas las conductas de uso o utilización, aunque muchas veces se le ve utilizando los objetos de forma impropia.

En cambio, los trastornos cognitivos son escasos en las fases iniciales. Entre las manifestaciones clínicas de tipo cognitivo, destacan las manifestaciones prefrontales: En primer lugar, debemos mencionar las dificultades en las respuestas que requieran planificación, organización, estrategia, secuenciación, abstracción y flexibilidad mental. Al afecto le cuesta mantener la atención, se muestra con una atención lábil y con fácil distractibilidad. Son características las respuestas perseverativas.

Anteriormente se refirieron las alteraciones del lenguaje, en la descripción de síndromes focales. En resumen, en la DFT la alteración es fundamentalmente de los aspectos expresivos, con pérdida de fluidez, tartamudeo, logoclonias, tratándose de un lenguaje muy pobre, concreto y repetitivo. En las pruebas de fluidez verbal, característicamente rinde mal en el FAS. La repetición se conserva hasta fases avanzadas, lo que da lugar a ecolalia y palilalia; también suelen encontrarse hipofonía, aprosodia y mutismo. La comprensión en cualquier caso parece estar poco afectada.

En el área de la memoria, ésta está alterada en menor medida y más por problemas de inatención y desinterés que por defecto de fijación y recuperación. La memoria de trabajo resulta comparativamente más afectada que la episódica.

Son frecuentes los trastornos afectivos o emocionales. Los más usuales son la depresión y la ansiedad. Tampoco son raros los trastornos psicóticos, como alucinaciones o ideas paranoides y en ocasiones se llega a configurar un genuino síndrome de Klüver-Bucy.

Dentro del cuadro clínico puede haber trastornos neurológicos convencionales. Comúnmente tras varios años de evolución puede hacerse evidente un parkinsonismo, en el que es típico describir la existencia de apraxia de la apertura palpebral. Pueden obtenerse reflejos insólitos, como el de prensión, o el del hociqueo, también el palmomentoniano y el pólipomentoniano y en fases avanzadas rigidez y acinesia. En contadas ocasiones se hacen evidentes los signos de enfermedad de neurona motora.

Las funciones mejor preservadas son la orientación temporoespacial, la memoria autobiográfica y el aprendizaje; también el cálculo y el razonamiento simple, las gnosias y habilidades perceptivas, el reconocimiento, y las praxias gestuales manipulativas (gestos) y visuoespaciales (constructivas o del vestirse).

Conclusiones

Cuando se habla de degeneración frontotemporal en sentido de entidad clínica, ésta se refiere a un síndrome clínico que presenta una combinación variable de trastorno del comportamiento y un déficit del lenguaje progresivo, comúnmente de presentación presenil. Una posibilidad clínica llamativa es la presentación como afasia progresiva primaria, un trastorno selectivo del lenguaje, que persiste aislado durante un tiempo variable. El diagnóstico de la DFT se apoya fundamentalmente en primer lugar con la historia clínica, en segundo lugar se puede apoyar en la neuroimagen funcional y estructural y finalmente contando con los criterios de diagnóstico clínico de consenso internacional de 1998 (tabla I).

Tabla I. Criterios para el diagnóstico clínico de la demencia frontotemporal

I. Criterios esenciales

- a) Inicio insidioso y progresión gradual.
- b) Trastorno precoz de la conducta social de relación interpersonal.
- c) Alteración precoz de la autorregulación cuantitativa de la conducta personal.
- d) Superficialidad e indiferencia emocional precoces.
- e) Anosognosia precoz.

II. Manifestaciones que apoyan el diagnóstico

- a) Comienzo antes de los 65 años.

- b) Antecedente familiar de un trastorno similar al menos en un familiar de primer grado.

- c) Trastorno de conducta:
 - 1. Deterioro en el cuidado y aseo personales

 - 2. Inflexibilidad y rigidez mental

 - 3. Distractibilidad e impersistencia

 - 4. Conducta hiperoral y cambios en la conducta alimentaria

 - 5. Conducta estereotipada y perseverativa

 - 6. Conducta de utilización

- d) Alteraciones del habla y del lenguaje:
 - 1. Alteraciones en la faceta expresiva:
 - *pérdida de espontaneidad y concreción del lenguaje

 - *habla entrecortada.

 - 2. Lenguaje estereotipado

 - 3. Ecolalia

4. Perseveración

5. Mutismo tardío

e) Signos físicos:

1. Reflejos de desinhibición cortical

2. Incontinencia urinaria

3. Parkinsonismo

4. Presión arterial baja y lábil

5. Enfermedad de neurona motora.

f) Pruebas complementarias:

1. Neuropsicología: alteración intensa frontal

2. Electroencefalograma normal en estadios avanzados

3. Anormalidad funcional o estructural de predominio frontal o temporal polar.

III. Aspectos que excluyen el diagnóstico

a) Aspectos clínicos:

1. Inicio brusco, deterioro agudo, deterioro episódico

2. Traumatismo craneal previo próximo al inicio de la clínica
3. Trastorno de memoria intenso en fases iniciales de la demencia
4. Desorientación espacial
5. Logoclonías y pérdida rápida de la cadena de pensamiento
6. Mioclonías.
7. Debilidad corticoespinal
8. Ataxia cerebelosa
9. Coreoatetosis

b) Pruebas complementarias:

1. Alteración funcional o estructural fundamentalmente postrolándica
2. Lesiones multifocales en neuroimagen estructural
3. Indicadores paraclínicos de afectación cerebral secundaria.

IV. Datos de exclusión relativa.

- a) alcoholismo crónico
- b) Hipertensión arterial de larga evolución
- c) Antecedentes personales de enfermedad vascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA DEMENCIA

Desde el enfoque ocupacional, la valoración del paciente con demencia ha de centrarse en detectar las áreas ocupacionales conservadas, las deficitarias y la capacidad del paciente para suplir estos déficit y adaptarse al entorno.

Se trata de establecer la conexión entre la alteración de los componentes ocupacionales y el deterioro en la ejecución de las actividades cotidianas que el paciente venía realizando para el desempeño de sus roles y hábitos.

En definitiva, lo que el terapeuta ocupacional valora es como incide el declive cognitivo en el día a día del paciente, como reaccionan éste (síntomas conductuales y psicológicos de la demencia) y su familia ante las disfunciones que se presentan y el carácter facilitador o no del entorno.

Con el inicio de la demencia, el paciente comienza a abandonar las actividades avanzadas de la vida diaria (le resulta difícil jugar a las cartas, retener los tantos marcados en un deporte, seleccionar un libro entre varios títulos, aprovechar clases de pintura, teatro, etc.).

Progresivamente, son las actividades instrumentales las que se ven afectadas (no recuerda números de teléfonos, compra cosas innecesarias

olvidando las imprescindibles, limpia la misma habitación varias veces, se confunde de autobús, etc.). Es en la fase moderada o grave cuando presenta grandes dificultades para las actividades básicas de la vida diaria.

El proceso de valoración ha de ser continuo ajustándose a los estadios de la enfermedad, esto supone ajustar las herramientas de valoración a cada fase para no provocar sentimientos de frustración, cansancio o rechazo en el paciente.

El principal método de valoración en terapia ocupacional es la observación directa de la realización de las actividades a evaluar, tanto en el medio natural como el en medio artificial (hospitalario). Los instrumentos de valoración específicos de terapia ocupacional se basan en la observación de cómo el paciente inicia, mantiene y completa la tarea.

Esta información determinará si una actividad puede mantenerse realizando igual, si necesita ser modificada, simplificada o precisa la intervención del familiar/cuidador principal.

Allen, ha desarrollado un modelo cognitivo de valoración-intervención del funcionamiento en la vida diaria. Aunque en un principio este modelo se diseñó para personas con enfermedad mental, hoy se ha extendido a más patologías que producen alteración de las funciones cognitivas. Las posibilidades de valoración estandarizadas que ofrece el modelo son dos. El Inventario de Tareas Rutinarias (RTI, Routine Task Inventory, Allen, 1995), mide la ejecución

de tareas rutinarias (básicas e instrumentales) como el vestido, baño, la alimentación o el manejo del dinero graduándolas en función del nivel de discapacidad cognitiva.

El Test de Ejecución Cognitiva (CPT) es utilizado en las primeras fases de la enfermedad. Proporciona una batería de niveles de ejecución de seis tareas: vestirse, hacer una tostada, manejar el teléfono, manejo de la ropa: lavado, compras y viaje. Organiza la evaluación en relación de la ayuda que hay que prestar para completar la actividad, el examinador modifica las demandas en función de la respuesta del paciente.

Los déficit observados en este test pueden predecir el declive de las capacidades funcionales para la mayoría de las AVD. A partir de estos resultados puede establecerse cual es el nivel cognitivo en el que se encuentra el paciente. Hay 7 niveles cognitivos (ACL; desde el 0, estado de coma, hasta 6 compuesto por acciones planeadas).

Además de estos test de valoración que vinculan el desempeño de la tarea con el nivel cognitivo, existen otras escalas que miden el continuo independencia -dependencia en el desempeño de las AVD.

El Índice de Barthel nos proporciona el nivel ejecución e independencia en diez actividades básicas de la vida diaria (baño, aseo, vestido, retrete, deambulación, transferencias, escaleras, continencia urinaria, continencia fecal y alimentación).

El RDRS (Rapid Disability Rating Scale, Linn&Linn, 1982) es una escala rápida de evaluación que considera actividades básicas, instrumentales, situación sensorial y afectiva.

La Medida Global de Capacidad Funcional (Global Measure of Functional Capacity, Fitty JE y Kovar MG, 1987) es un cuestionario descriptivo formado por seis preguntas para cada una de las nueve actividades de la vida diaria.

El Test Cm98 de ABVD y AIVD (López Mongil R, 1998), es una escala con 16+2 items que se diseñó para evaluar la capacidad funcional en las residencias de ancianos, prever la cantidad de cuidados requeridos y detectar precozmente el deterioro cognitivo.

La valoración de terapia ocupacional se completa con los datos que se obtienen de la revisión de la historia clínica, la historia ocupacional, la situación social y más específicamente los componentes neuropsicológicos.

Para la valoración de estos componentes existen pruebas estandarizadas más o menos complejas. Entre las más rápidas de aplicar y por ello más utilizadas, destacan el Test de Pfeiffer (SPMSQ), el Mini Examen Cognoscitivo (MEC; Mental Status Examination-MMSE) de Folstein y el Test Cognitivo del Reloj (CDT; Clock Drawing Test) de Goodglass H. Autores como Peña Casanova, Golden ChJ o Wilson, han diseñado baterías de evaluación neuropsicológicas extensas que proporcionan gran información acerca del estado cognitivo y de las que el Terapeuta Ocupacional se sirve para

profundizar en el nivel de este componente ocupacional; son respectivamente, el Test Barcelona, Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska y Test Conductual de Memoria Rivermead.

El GDS (Reisberg, 1982) es la escala global que se utiliza normalmente para definir la situación y el estadio en el que se encuentra el paciente. Se divide en seis niveles del 1 al 6 siendo este número el que corresponde al deterioro más grave.

La entrevista con los familiares/cuidadores principales supone otra parte importante de la valoración. Además de proporcionarnos información sobre la historia ocupacional nos revelarán datos acerca del desempeño actual y previo de las actividades y la velocidad del deterioro.

El entorno social del paciente es la mejor fuente de información para describir también el acontecer de los Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia que tanto alteran e impiden la intervención. El manejo de estos síntomas puede convertirse en un momento dado en el punto central del tratamiento. De esta forma la valoración social coteja y unifica la información obtenida en las demás evaluaciones.

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA DEMENCIA

El propósito de la intervención es el de mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

Desde Terapia Ocupacional se contribuye a este objetivo intentando maximizar la funcionalidad del paciente y minimizar el esfuerzo del cuidador en cada uno de los estadios de la enfermedad.

El eje central del abordaje ocupacional es el de ofrecer al paciente y a la familia técnicas de adaptación-compensación a través de la simplificación de tareas y la modificación del entorno según el grado de deterioro.

Es fundamental apoyar el nivel de ocupación del paciente de acuerdo con los problemas que aparecen en cada fase. Mantener el funcionamiento ocupacional es la mejor arma contra la inactividad, sedentarismo, sentimientos de inutilidad, aparición de conductas problemáticas (vagabundeo, gritos, delirios...) desesperanza y depresión. Continuar realizando actividades en la medida que sea posible mantiene la seguridad, contribuye a la orientación, establecimiento de rutinas, disminución de conductas disruptivas, fomenta el sentimiento de utilidad y conserva la identidad personal.

A continuación expongo las técnicas utilizadas durante la intervención, cada una de las cuales se han ido adaptando a la evolución de la enfermedad a fin de abordar los déficit funcionales y hacer terapéutica la actividad/ocupación empleada.

Rehabilitación Cognitiva de Allen

Frecuentemente utilizado por Terapeutas Ocupacionales, este modelo de intervención desarrollado por CK Allen, se basa en la división de las capacidades

cognitivas en 6 niveles clasificados en una escala ordinal del 0 al 6: coma, acciones automáticas, acciones posturales, acciones manuales, acciones dirigidas a un objetivo, acciones exploratorias y acciones planeadas.

Estos niveles se subdividen al mismo tiempo en cinco subniveles a excepción del nivel cero y seis.

La teoría de la discapacidad cognitiva está relacionada con la dificultad para realizar actividades cuando el aprendizaje esta limitado. Esta limitación se debe a la dificultad para procesar la información necesaria para desarrollar la tarea. Los niveles cognitivos miden la capacidad para aprender o adaptarse a una discapacidad. La valoración se realiza con los cuestionarios mencionados anteriormente.

Según este modelo se puede predecir la realización por el sujeto de los subcomponentes físico y cognitivo de las distintas tareas de la vida diaria. Las intervenciones a cada nivel proporcionan apoyo y estimulación ambiental para mejorar las capacidades funcionales, aminorar la confusión y ofrecer a la persona mantener un nivel de competencia a pesar del deterioro. Lo fundamental es que la tarea a realizar se corresponda con el nivel cognitivo en el que se encuentra el paciente. El terapeuta adapta las demandas de la actividad a la forma que tiene el paciente de realizarla.

El objetivo es adecuar las demandas de la tarea a las posibilidades del paciente, teniendo presente la necesidad de aumentarlas o rebajarlas.

El modelo fomenta el trabajo no solo con el paciente sino con el cuidador, entrenándole a emplear técnicas para que las utilice en todas las situaciones de la vida diaria para satisfacer las necesidades del paciente.

Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano: Técnicas de Comunicación

La demencia provoca deficiencias cognitivas que limitan las posibilidades de comunicación, tanto en la comprensión como en la expresión. El lenguaje se empobrece al mismo tiempo que se disminuye la capacidad de comprensión. Esta dificultad comunicativa unida a la desorientación provoca constantes estados de ansiedad, aparición de los síntomas psicológicos y conductuales y tendencia al retraimiento y al aislamiento. Desarrollar formas de interacción positivas puede ayudar a prevenir/compensar estos problemas.

Adaptación del contenido de la comunicación

La comprensión de los mensajes emitidos mejorará si se reduce la carga de memoria de trabajo y de procesamiento de la información.

Para ello se han de tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- ✓ Utilizar frases cortas y sencillas. Expresar una sola orden o indicación en cada frase.

- ✓ Evitar las frases en negativo. En lugar de decir: *"No salgas para afuera"*, decir: *"Quédate aquí adentro"*.

- ✓ Repetir las informaciones.
- ✓ Mantenerse en el tema que provoca la conversación sin cambiar a otro tema no relacionado.
- ✓ Concentrar la información importante en los comienzos de las frases.
- ✓ Eliminar el uso de pronombres y sustituirlos por los nombres de las personas.
- ✓ Formular preguntas cerradas para facilitar la elección (por ejemplo, en lugar de preguntar "que quiere beber", simplificar la elección preguntando "quiere zumo o leche").
- ✓ Acompañar la comunicación verbal con la no verbal: gestos, imágenes, etc. Modular el tono y el nivel de la voz cuando se hable con el paciente demente. Los gestos, la pantomima y las imágenes le ayudarán a transmitir el mensaje. Emplear estímulos no verbales, como la exageración de la sonrisa o del gesto de asentimiento.
- ✓ Situarse cara a cara con el paciente, evitando las interacciones de lado o por la espalda.
- ✓ Eliminar las fuentes de distracción. Apagar el televisor y la radio cuando se hable con el paciente en estado de confusión y mirarle a los ojos para ayudar a mantener su atención.

- ✓ No le hablar al paciente como si fuera un niño. Hacerlo despacio y con claridad, pero tratándolo como a un adulto.

Terapia de Validación

Desarrollada por Naomi Fiel, es una técnica que se basa en mantener una actitud de respeto y empatía con los pacientes. El abordaje de esta técnica supone aceptar y validar los sentimientos del paciente con demencia, reconocer sus pérdidas y las necesidades humanas que se deducen de sus conductas. No se intenta reconducir las concepciones irreales o erróneas del paciente hacia otras más reales. La autora insiste en la necesidad de estar alerta a las pistas verbales que el anciano emite para devolverle los sentimientos de una forma digna y sin emitir juicios. De esta forma, el cuidador nunca debe discutir o enfrentarse al paciente, ni intentar que el paciente se de cuenta de que su conducta es anómala. Discrepando con la terapia de orientación a la realidad, no se presiona al paciente para vivir en el presente, se intenta que reasuma su vida desde el pasado. Para obtener buenos resultados en la aplicación de esta técnica es imprescindible que todos los miembros del equipo adopten esta actitud.

La práctica diaria avala su eficacia ante la aparición de síntomas psicológicos y conductuales como ansiedad, agitación, desorientación extrema y alucinaciones.

Adaptación Funcional y Cognitiva del Entorno Físico

El objetivo que se persigue con esta intervención es el de reducir las demandas cognitivas y funcionales del entorno que rodea al paciente.

El terapeuta ocupacional obtiene de la valoración del domicilio la información necesaria para conocer la influencia facilitadora o inhibidora en el desempeño habitual del paciente. Se pretende maximizar el dominio del paciente sobre este medio. Disminuyendo las exigencias se consigue fortalecer las capacidades que conserva el sujeto.

Con estas modificaciones se aumenta la seguridad, disminuye la ansiedad y se compensan los déficit del paciente.

Un entorno adaptado (denominado también protésico) es aquel que está diseñado para minimizar las dificultades de ejecución del paciente. Previene los riesgos que pueden acontecer e intenta poner solución. Se adapta al nivel cognitivo-funcional del paciente para que este se desenvuelva lo mejor posible.

Las modificaciones que se incluyen, son entre otras: instalación de pasamanos a 90 cm. del suelo en pasillos, habitaciones y baños para prevenir caídas, mantener buena iluminación en todo momento, situar el retrete cerca de la habitación y el salón-estar, fijar los muebles y suprimir los que sean innecesarios, evitar ruidos estridentes, utilizar colores suaves para la decoración, prevenir riesgos en la cocina con agua, fuego y productos peligrosos, dificultar el acceso a terrazas, ventanas, escaleras, ocultar aparatos eléctricos y objetos cortantes.,etc.

La adaptación cognitiva del entorno se basa en la reducción de los "descubrimientos" diarios que el paciente tenga que realizar (dónde está el baño, si es la hora de comer, cuál es su habitación...). Es importante fomentar las rutinas y mantener el lugar y el horario. Puede resultar útil acompañar estas rutinas con música relajante que diferencie cada actividad. Deben suprimirse todas las puertas innecesarias para que el paciente pueda ver lo que hay; las puertas que sean necesarias pueden portar un dibujo/foto de lo que encierran.

Además pueden distinguirse las estancias mediante el color de las paredes y el suelo. También se aplica al entorno la orientación 24 horas que se describe a continuación.

Orientación a la Realidad

Es un método de intervención muy utilizado para reducir la confusión y las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación temporal, espacial y personal. Se pretende que, con la información proporcionada, el paciente reaprenda datos sobre sí mismo y sobre el entorno que le rodea. Se combaten con ello los problemas de confusión y desorientación.

La orientación a la realidad es una forma de ayudar a superar los problemas de memoria a corto y medio plazo y de estimular los componentes cognitivos. Para su aplicación deben quedar capacidades residuales que apoyen la intervención. Se basa en la idea de que la repetición de la información de

carácter básico puede aumentar la orientación a la vez que reforzar el aprendizaje.

Se componen de dos versiones: orientación a la realidad 24 horas y sesiones de orientación a la realidad. La primera es más básica, consiste en un proceso continuado de realización de actividades a lo largo de todo el día, de tal forma que al paciente se le suministra constante información que le ayuda a orientarse (día de la semana, lugar en el que se encuentra y actividad). Cada vez que un profesional/cuidador interactúe con el le recordará la misma información. Para ello es necesario establecer un programa de actividades que facilite este trabajo y consiga disminuir las ocasiones de desorientación y confusión.

El entorno también ha de modificarse para ofrecer continuas indicaciones orientativas: grandes relojes, calendarios visibles, carteles con las actividades a realizar, letreros en las puertas, etc.

Las *sesiones de orientación a la realidad* forman la parte más formal o intensiva de la técnica. Consisten en sesiones grupales de treinta o cuarenta y cinco minutos donde se trabajan distintos aspectos de la orientación y se fomenta el contacto entre los participantes. Se diferencian tres niveles: *nivel básico* en el que se tratan y repiten las informaciones actuales, *nivel estándar* en el que se repasa el nivel básico y se tratan temas actuales y del pasado, y *nivel avanzado* en el que se establecen temas de discusión sobre acontecimientos actuales.

Para conseguir mejores resultados deben aplicarse las técnicas que facilitan la comunicación y cuidar la comunicación no verbal. Es también importante no reaccionar de forma negativa cuando la respuesta del paciente no sea la correcta.

Para obtener buenos resultados y optimizar el esfuerzo profesional es necesario seleccionar cuidadosamente los pacientes que participarán en las sesiones; se ha de valorar el grado de deterioro del paciente y el nivel de desubicación antes de decidir si tiene interés insistirle en los referentes temporales y espaciales.

Si esta técnica se va a aplicar en el domicilio será preciso valorar previamente la disposición y el nivel de conocimientos del familiar/cuidador.

Reminiscencia y Revisión de Vida

La *reminiscencia* es una técnica que se sirve de la comunicación y la socialización para abordar la parte de la memoria que se encuentra intacta en las fases leves-moderadas de la enfermedad. Aunque se ha cuestionado su utilidad y sus bases teóricas es una de las actividades más frecuentemente incluida en los programas de intervención.

Fomenta la reactivación del pasado personal y ayuda a mantener la identidad personal a través del recuerdo de hechos generales o particulares de la vida del paciente. En estas sesiones se evita formular juicios sobre estos recuerdos. No se pretende que los recuerdos verbalizados sean correctos, sino

que se hagan presentes y que vayan acompañados de emociones positivas. En definitiva se busca que esos recuerdos constituyan el puente entre el pasado y el presente. Su aplicación genera en el paciente satisfacción por poder recordar -capacidad habitualmente anulada-, mejora con ello la autoestima, favorece la comunicación y la socialización y crea un sentido de continuidad e identidad.

En la *revisión de vida* la intervención se centra en facilitarle individualmente al paciente la vía para recordar y evaluar acontecimientos de su pasado. El objetivo es la autoaceptación de la situación actual a través del análisis de la situación pasada.

Terapia de Estimulación Sensorial

El entrenamiento sensorial tiene como objetivo la estimulación de los receptores sensoriales para incrementar la función de éstos, consiguiendo así una mayor respuesta del paciente ante los estímulos y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo.

Las actividades de autocuidado son la oportunidad que el Terapeuta Ocupacional aprovecha para favorecer el contacto y el reconocimiento del paciente de su propio cuerpo. Se estimulan los receptores táctiles y visuales, a través del contacto con su cuerpo y con los utensilios que maneja. La discriminación entre estos y otros objetos contribuye a que el paciente perciba el entorno como menos amenazante y más manejable. El momento de la comida es propicio para estimular el olfato y el gusto.

También se organizan sesiones específicas en las que se estimulan y entrenan estos receptores. Se aprovechan también para enlazar y evocar mnesicamente los conceptos que se utilizan para la estimulación.

Tratamiento Dirigido Táctil-Cinestésico

Affolter afirma que el ser humano depende totalmente del sistema Táctil-Cinestésico para poder desenvolverse en su entorno y relacionarse adecuadamente. Dice que siempre exploramos el entorno a través del sistema T-C, y que los demás sentidos son un complemento que ayudan a la percepción.

El Tratamiento Dirigido Táctil-Cinestésico dirige al paciente en el desarrollo de la actividad ayudándole a buscar una buena información que le proporcione seguridad y estabilidad.. Cuando el paciente se siente seguro, existe la posibilidad de participar en una actividad (si no se siente seguro, concentra toda su atención en conseguir esa seguridad). Durante la ejecución de la actividad puede dársele apoyo para moverse, sentir, adaptarse a los cambios, explorar. A través de la contracción muscular del paciente se averigua si existe una correcta entrada de información.

Psicomotricidad

En el paciente con demencia suele ser frecuente la fragilidad física. Es éste un estado de reducción de las reservas fisiológicas que se relaciona con

una susceptibilidad mayor a la discapacidad. La reducción significativa de la fuerza muscular y la inactividad son dos factores importantes que favorecen esta situación.

La psicomotricidad es el conjunto de herramientas corporales que incluyen el tono muscular, el ritmo, el equilibrio, el movimiento, la respiración, el gesto, entre otras, destinadas a incrementar el conocimiento del cuerpo en el espacio y en el tiempo. La aplicación de esta técnica en actividades de tratamiento se basa en la creencia de que la integración de estos componentes facilita la expresión y comunicación del lenguaje corporal, mejora el conocimiento y la identidad personal y favorece la relación con el espacio, los objetos y los sujetos en un tiempo determinado.

Es una técnica que pretende mantener el máximo tiempo posible las funciones que el enfermo todavía conserva, aportándole sensación de seguridad. Aborda aspectos de la estimulación de la memoria reciente y remota, el reconocimiento del propio cuerpo, la lateralidad y el mantenimiento de la coordinación motriz en función de los gustos y las capacidades previas.

La terapia psicomotriz tiende a favorecer la relación y la comunicación interna del enfermo y la relación con los objetos y las personas que le rodean, a través del dominio de su propio cuerpo. Además, favorece la relajación global de enfermo.

La aplicación de técnicas de psicomotricidad en actividades dirigidas a pacientes con demencia pretende por un lado contrarrestar este déficit de

actividad física a través del movimiento -libre y espontáneo- en el espacio y por el otro hacer que el anciano reconozca su cuerpo, el espacio en el que se encuentra, y se relacione amigablemente con ellos. Con este movimiento puede romperse ese círculo, que tanto caracteriza al paciente con demencia, compuesto por la desubicación-confusión-desconexión-empeoramiento.

Esta técnica puede aplicarse en sesiones grupales y, en los casos donde la enfermedad se encuentra en fases muy avanzadas, individuales y en espacios conocidos por el paciente.

Musicoterapia, Laborterapia y Arteterapia

La *musicoterapia* puede incidir en diversas áreas del funcionamiento neuropsicológico al estimular los recuerdos aparentemente olvidados. Aspectos como el ritmo pueden activar la atención y organizar la coordinación motora. Las letras de las canciones pueden activar el recuerdo y potenciar el lenguaje. El autor de la canción puede servir de chispa para desencadenar una cadena de recuerdos. Estos son algunos de los beneficios que genera la musicoterapia en el enfermo con demencia.

La *laborterapia* es una técnica que programa actividades manuales seleccionadas especialmente por su valor físico, mental, emocional y vocacional. Se persigue la motivación y concentración por parte del enfermo en un trabajo o tarea determinada con el objetivo de mejorar su disposición general y de alcanzar la máxima independencia. Mediante la tarea o labor se pretende

mantener funciones, desarrollar habilidades, mantener capacidades y promover la salud. Es una buena técnica complementaria para promover la independencia del enfermo en el medio social, reforzar su autoestima y generar la satisfacción de sentirse útil.

La *arteterapia* es una modalidad psicoterapéutica que facilita la expresión y la elaboración de emociones difíciles. Cuando el lenguaje verbal es insuficiente como medio de expresión, la arteterapia ofrece una alternativa al enfermo para seguir manteniendo una actividad cognitiva de respuesta a través de cualquier modalidad de expresión artística.

Estimulación y Entrenamiento Cognitivo

Este método se basa en la creencia de que las capacidades neuropsicológicas, al igual que las motoras, responden positivamente al ejercicio constante, incrementándose su función. Son un conjunto de técnicas terapéuticas y estrategias ambientales que pretenden mantener o potenciar las funciones cognitivas que se ven alteradas con la enfermedad, con el objetivo de que el individuo emita las conductas más adaptativas posibles con la máxima autonomía. La estimulación cognitiva es distinta al entrenamiento cognitivo, mientras la primera se dirige a "animar a la acción" el entrenamiento cognitivo, se fundamenta en un análisis detallado de las capacidades mentales a fin de establecer estrategias de intervención más metodológicas y una mayor implicación por parte del paciente. El *entrenamiento cognitivo* pretende desarrollar capacidades que están en la base de los procesos cognitivos

(atención, capacidad sensorial, concentración) y los propios procesos cognitivos, combinando técnicas clásicas de rehabilitación, entrenamiento, aprendizaje y actividades pedagógicas y psicoterapéuticas.

Las sesiones se estructuran con actividades que incluyan la estimulación y el entrenamiento de las áreas cognitivas afectadas en la enfermedad:

- ✓ MEMORIA: memoria de trabajo, episódica y semántica.
- ✓ ORIENTACIÓN: temporal, espacial y personal.
- ✓ CAPACIDAD VISUOESPACIAL: atención y concentración, gnosias.
- ✓ LENGUAJE ORAL: evocación de vocablos, sintaxis, comprensión.
- ✓ LENGUAJE ESCRITO: lectura, escritura.
- ✓ PRAXIAS: comunicativas, constructivas, ideatorias.
- ✓ CAPACIDADES EJECUTIVAS: conceptuales, de planificación de juicio y de autoconocimiento.

Estas actividades, como todas las que conforman la intervención, se gradúan en función de las funciones afectadas y del nivel cognitivo.

Reeducación de la alimentación

Las personas con demencia a veces rechazan alimentarse o pierden el apetito. Una de las tareas del terapeuta y del cuidador es la de investigar el por qué esto sucede.

Posibles causas

Psicológica o médica

- *Sequedad en la boca*
- *Incomodidad en la boca debido a enfermedad de las encías o dientes postizos incómodos*
- *Cambios en la visión que no permiten a la persona ver bien los alimentos o utensilios para comer.*
- *Muchos elementos alimenticios en el plato*
- *Los músculos de la garganta y mandíbula no trabajan bien etc.*

Medio ambiente

- *Lugar nuevo y desconocido*
- *Falta de buena iluminación*
- *Muchas distracciones*
- *Mucha gente*
- *Malos olores cerca del comedor.*

Otras causas

- *Ya no comprende como comer*
- *No puede coordinar los movimientos de los cubiertos (Apraxia de la alimentación)*
- *El cuidador lo acosa para que termine de comer rápido*
- *Temor*
- *Ansiedad.*

Posibles soluciones:

- *Dificultad para masticar los alimentos:*

Aplicar una presión suave sobre los labios o bajo la mandíbula, darle instrucciones verbales: " mastique, ahora trague.", demostrarle como se mastica, asegurarse de que la persona está correctamente sentada, evitar alimentos pegajosos.

- *Dificultad para tragar los alimentos:*

Recordarle tragar con cada bocado; acompañar con nuestras manos el paso del bolo por la garganta suavemente; mirar dentro de la boca posibles restos de comida guardada en la mejilla; permitir que pase suficiente tiempo entre bocados; suavizar los alimentos; humedecer los alimentos; evitar alimentos duros de masticar y tragar.

- *Atragantamiento con los alimentos sólidos:*

Entrenar con comidas suaves como huevos revueltos, fruta enlatada, requesón, yogurt, gelatina con frutas y zumo de naranja, salsa de manzana, pollo picado, puré de papas, etc. Uso de triturados o purés.

- *Atragantamiento con líquidos:*

Darle líquidos espesos como: néctar, batidos, líquidos con espesantes, gelatinas etc.

Es importante comunicarle al médico si la persona empieza a guardar los alimentos en las mejillas, a escupir los pedacitos de comida, y a masticar los alimentos por mucho tiempo. Estas son señales de que está desarrollando una posible disfagia.

- **Hambre insaciable:**

Repartir las comidas entre 5 o 6 comidas pequeñas por día; mantener disponible una bandeja con aperitivos de baja caloría como: manzanas, zanahorias, etc.

- *Falta de apetito:*

Ofrécerle un vaso de zumo antes de las comidas para estimular el apetito; prepararle los alimentos que han sido los favoritos de la persona; mezclar helados o pudines en la comida si esto lo motiva a comer, aprovechar que la persona coma cuando se sienta hambrienta.

Tratamiento de la disfagia

Dentro del tratamiento de la disfagia debemos distinguir diferentes objetivos: por un lado, intentar trabajar la enfermedad de base; por el otro,

buscar soluciones para evitar los problemas derivados de este trastorno, es decir, asegurar una correcta nutrición e hidratación y disminuir el riesgo de aspiración.

Reeducación de la motricidad orofacial

- Trabajar el control postural: Trabajar la adecuada colocación de los órganos fono-articulatorios. Por ejemplo, tras varios meses con un respirador o con una sonda nasogástrica la faringe ha adoptado una posición inadecuada elevándose; hay que realizar las maniobras necesarias para recolocarla y fijarla en su sitio, facilitando así la emisión de voz por medio de la adecuada impostación.
- Movilidad diafragmática y control fono-respiratorio.
- Reeducación respiratoria.
- Ejercicios para la musculatura del cuello.
- Ejercicios de respiración y tonificación glótica.

Modificación de las características del alimento

Determinados alimentos o texturas pueden ser perjudiciales para estos enfermos y agravar sus síntomas; como suelen ser el caso de las consistencias muy líquidas, muy secas o poco homogéneas.

Los alimentos con más dificultad son pegajosos (patata, chocolate, miel,...), resbaladizos (guisantes, patatas,...), no homogéneos (mezcla de líquidos-sólidos: sopa de letras), alientos que desprendan agua al masticarse (frutas ricas en agua). En estos casos, tendremos que adaptar la textura y consistencia más adecuada para cada caso. Posteriormente se irán reintroduciendo otros alimentos.

En consistencias líquidas se usan espesantes o gelatinas. El proceso para las consistencias líquidas va cambiando desde:

1º) puding, gelatina, yogur, natillas; iría pasando a

2º) miel, yogur líquido, finalmente

3º) néctar, zumo de melocotón, agua.

Otras recomendaciones serían:

- ✓ Ofrecer los alimentos en presentaciones/colores atractivos.
- ✓ Intentar estimular el reflejo deglutorio con alimentos amargos / ácidos o fríos / calientes o muy gustosos.
- ✓ Utilizar gelatinas, aguas gelificadas o salsas para facilitar la ingesta y la toma de fármacos.
- ✓ Repartir la comida del día en pequeñas tomas frecuentes y muy nutritivas.

- ✓ Emplear alimentos básicos adaptados y/o suplementos nutricionales para lograr un correcto aporte nutricional.

Modificaciones posturales

Hay que tener en cuenta varios factores:

- ✓ El paciente debe estar sentado en una posición cómoda y, en lo posible, en un ambiente relajado.
- ✓ Es importante impedir la hiperextensión del cuello (reacción frecuente cuando existen disfagia) con un soporte adecuado para la cabeza.
- ✓ Es recomendable una ligera flexión de la cabeza, hacia delante, acompañando el movimiento deglutorio.

Maniobras de estimulación de la deglución

- Deglución con fuerza: utilizada en caso de movimientos reducidos de la base de la lengua, y en la tentativa de aumentar la fuerza del movimiento y la presión faríngea.
- Deglución superglótica: esta técnica se utiliza en pacientes con cierre glótico reducido y con la deglución faríngea lenta.
- Deglución supersupraglótica: indicada cuando el cierre glótico es muy reducido.

- Maniobra de Mendelsohn: utilizada en pacientes con compromiso de la elevación laríngea.
- Lengua entre los dientes: utilizada cuando existe déficit de la musculatura faríngea.

Modificaciones deglutorias

Se deben modificar los hábitos de los pacientes; para ello son útiles los siguientes consejos:

- ✓ Comer cantidades pequeñas en cada bocado.
- ✓ Dejar tiempo suficiente para la deglución.
- ✓ Evitar que se acumulen alimentos en la boca.
- ✓ Facilitar la deglución con maniobras musculares.

Modificaciones respiratorias

Para evitar las aspiraciones traqueobronquiales:

- Puede ser de utilidad inhalar antes de tragar y sacar el aire después de la deglución, ya que ello ayuda a mantener libres las vías respiratorias.
- Se aconseja toser después de tragar para arrastrar los posibles alimentos que hayan penetrado en las vía respiratorias.
- Se debe impedir que los pacientes hablen mientras estén comiendo.

Técnica Bobath y Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo

El *concepto Bobath* es un principio de aplicación para la resolución de problemas en el reconocimiento y tratamiento de personas con trastornos del tono, movimiento y función por causa de una lesión en el S.N.C. El objetivo del tratamiento es optimizar las funciones mejorando el control postural y los movimientos selectivos usando la facilitación (EBITA,1995).

El *Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo* es una teoría de la rehabilitación y un método práctico para recuperar el movimiento a través del aprendizaje. *“La rehabilitación debe ser un aprendizaje en condiciones patológicas”* (Perfetti, 1980).

“La rehabilitación debe basarse en los procesos cognitivos (percepción, atención, memoria...) que conducen al conocimiento” (Perfetti, 1980).

“Siempre que existe aprendizaje, aunque no exista lesión, existe reorganización del sistema nervioso central” (Perfetti, 1980). La mejor herramienta de que dispone el organismo para la reorganización de la estructura neuronal es el aprendizaje.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

A través de la continúa modificación y adaptación de las actividades de la vida diaria y de los entornos físicos y sociales en los que se desempeñan estas tareas, conseguiremos enlentecer el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la independencia ocupacional.

Las actividades de la vida diaria son una herramienta de estimulación disponible las veinticuatro horas del día; que proporciona una implicación sin pensar en el éxito, en la ejecución (está en la rutina) y que favorecer una amplia gama de aspectos del enfermo que le permitirá seguir siendo él mismo.

Algunos de estos aspectos son:

- ✓ Trabajar las capacidades sensoriales, perceptivas, cognitivas y motrices.
- ✓ Estimular las actividades productivas, con las que conseguimos resultados.
- ✓ Entrenar las propias actividades que realizamos.
- ✓ Fomentar las actividades domesticas.
- ✓ Conectar con el entorno.
- ✓ Potenciar las relaciones con los demás y con uno mismo.
- ✓ Trabajar los reflejos.
- ✓ Coordinar los movimientos amplios y precisos.
- ✓ Ejercitar la percepción sensorial a través de los sentidos.
- ✓ Desarrollar la integración corporal.

- ✓ Orientarse en el tiempo, espacio y persona.
- ✓ Fomentar la memoria, la atención, la concentración, el juicio, la organización y la resolución de problemas.
- ✓ Mantener el nivel de independencia para llevar a cabo las actividades requeridas.

De esta manera podremos luchar contra la disfunción ocupacional que impide a nuestros enfermos adaptarse, responder a las demandas del día a día, ser independientes, en definitiva, ser ellos mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durante Molina P; Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica. Masson 1998
2. Durante Molina P; Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y práctica. Masson 1998.
3. Moruno Miralles P. La Ocupación como Método de Tratamiento en Salud Mental. En página web terapia-ocupacional.com, 2002
4. Corregidor Sánchez, A.I. Terapia Ocupacional en Psicogeriatría. En página web terapia-ocupacional.com, 2006.
5. Peña Casanova J. Programa Activemos la Mente. Fundación La Caixa, 1999.
6. Macias Núñez, Juan F. Geriatría desde el Principio. Glosa, 2001.
7. Selmes J; Antoine Selmes M. Guía de Actividades Diarias o como ocupar el tiempo libre en un enfermo de Alzheimer. Meditor 2000.

8. Gomez Tolón J; Salvanés Pérez R. Terapia Ocupacional en Psiquiatría. Mira 2003.
9. Polonio López B. Terapia Ocupacional en Geriátría: 15 casos prácticos. Panamericana 2002.
10. El baúl de los recuedos. AFAL - Fundación La Caixa, 2003.
11. Guillen Llera F; Pérez del Molino Martín, J. Síndromes y Cuidados del paciente Geriátrico. Masson, 1994
12. L. Hopkins Helen L; Smith Helen D. Terapia Ocupacional. Panamericana, 1998

SESIONES CLÍNICAS

Reeducación de AVDs en un paciente con doble amputación de miembro superior

Dña. Ana Vicente Cintero

Terapeuta Ocupacional. Directora del Centro de Mayores de Tres Cantos.

Presidenta de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.

Vicente Cintero, A.: Reeducación de AVDs en un paciente con doble amputación de miembro superior. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.333-335p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

El presente trabajo se refiere al entrenamiento en las actividades de la vida diaria básicas (vestido, aseo, alimentación), instrumentales (cocinar) y avanzadas (actividades escolares y de participación grupal) de un chaval de 15 años que sufrió una doble amputación de miembro superior al subirse a un poste de electricidad de alta tensión.

Ocurrió en el año 1985, año en el que todavía las ayudas técnicas en España prácticamente no existían (sólo sillas de ruedas tradicionales y algún cojín antiescaras), pensemos que el CEAPAT (Centro de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas) pionero en nuestro país en estos temas abrió sus puertas en el año 1998.

La intervención de terapia ocupacional duró seis meses, en los que tuvieron lugar el entrenamiento en la utilización y adaptación de prótesis de pinza tradicionales, la realización del paciente de las actividades de la vida diaria y la elaboración y entrenamiento de las ayudas técnicas necesarias para ser independiente en las citadas actividades.

El material utilizado para la presentación del caso son dos vídeos, realizado uno de ellos al término de la intervención de terapia ocupacional en el año 1986, y un segundo elaborado en el año 2006, hay entre ellos una diferencia en el tiempo de 20 años; el objetivo de este segundo vídeo era conocer la situación social familiar y laboral del hombre que 20 años atrás había sido tratado en un

departamento de terapia ocupacional de una doble amputación de miembro superior.

A la vista de estos dos vídeos se pretende una discusión de resultados y probables alternativas en su intervención de los asistentes a la sesión clínica.

DeCS: Terapia Ocupacional

MesH: Occupational Therapy

SESIONES CLÍNICAS

Terapia Ocupacional en el Accidente

Cerebrovascular

Dña. Ana María Domingo García

Terapeuta Ocupacional. Servicio de Rehabilitación. Hospital de Guadarrama.

Dña. Isabel Fernández González

Terapeuta Ocupacional. Servicio de Rehabilitación. Hospital de Guadarrama.

Domingo García AM.; Fernández González I.: Terapia Ocupacional en el daño cerebral sobrevenido. En García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle, D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V.; Lama Pérez S. de; García Martín F.; Velasco Pérez MJ.; González Cano M.; González Domínguez M; Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.336-352p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

El accidente cerebrovascular o ictus se caracteriza por un déficit neurológico ocasionado por la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma anormalmente brusca. Como consecuencia, encontramos asociados trastornos motores, perceptivos, sensitivos y sensoriales, de la comunicación, emocionales, psicológicos y de la conducta.

En la intervención desde Terapia Ocupacional se realizará, en primer lugar, una valoración que contemple diferentes aspectos (motricidad, sensibilidad táctil y propioceptiva, cognición, percepción, etc) para posteriormente iniciar el tratamiento. El entrenamiento en actividades de la vida diaria, así como la adaptación del entorno, jugarán un papel muy importante en el proceso de rehabilitación. El objetivo principal será usar todas las capacidades funcionales y hacer los cambios físicos necesarios para potenciar la autonomía del paciente.

PALABRAS CLAVE: Accidente cerebrovascular, Terapia Ocupacional, valoración, A.V.D, adaptación del entorno, motricidad, percepción, cognición, sensibilidad.

DECS: Accidente Cerebrovascular, Terapia Ocupacional, evaluación, Actividades Cotidianas, adaptación, percepción, cognición, movimiento.

ABSTRACT

Cerebrovascular accident or ictus are characterized by a neurological deficit caused by the decrease of the cerebral sanguine contribution in an abnormally abrupt way. As consequence, we find associate motor, perceptive, sensitive and sensorial dysfunctions, on the communication, emotional, psychological and on the behaviour. From the Occupational Therapy intervention, it will be carried out, in the first place, a valuation contemplating different aspects (psychomotor activity, tactile and sensibility, knowledge, perception, etc) in order to, later on, begin the treatment. The training in daily life activities, as well as the adaptation to the environment, will play a very important role in the rehabilitation process. The main objective will be to use all the functional capacities and to make the necessary physical changes for fostering the patient's autonomy.

KEYWORDS Cerebrovascular accident, Occupational Therapy, valuation, ADL, adapting the environment, mobility, perception, cognition, sensitivity.

MESH Cerebrovascular Accident, Occupational Therapy, evaluation, Activities of Daily Living , Adaptation , Perception , Cognition , Movement

INTRODUCCIÓN

En el presente taller se va a describir la intervención llevada a cabo desde Terapia Ocupacional a través de la presentación de un caso clínico.

La patología sobre la que versa el caso clínico es el Accidente Cerebrovascular y en nuestra exposición llevaremos a cabo el siguiente guión de trabajo.

- Introducción al Accidente cerebrovascular
- Exposición del Caso Clínico.
- Intervención llevada a cabo desde Terapia Ocupacional
 - o Ubicación del Servicio de Terapia Ocupacional. Unidad de Media Estancia. Hospital Guadarrama.
 - o Valoración desde Terapia Ocupacional (Funcional, Motriz, Perceptivo-Cognitiva, Entorno,..)
 - o Tratamiento desde Terapia Ocupacional
 - Actividades de la vida diaria
 - Tratamiento Motriz
 - Tratamiento Sensibilidad profunda y superficial
 - Tratamiento Perceptivo-Cognitivo
 - Adaptación del entorno. Ayudas Técnicas.
- Conclusiones

A continuación exponemos algunas consideraciones básicas a tener en cuenta en el taller.

El Accidente cerebrovascular o Ictus se caracteriza por un déficit neurológico ocasionado por la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma anormalmente brusca. Encontramos asociados:

Trastornos motores:

- Debilitamiento (hemiparesia) o paralización (hemiplejia) del hemicuerpo contralateral a la lesión.
- Alteraciones del tono muscular (espasticidad / flacidez)
- Problemas motores como: Pérdida de simetría, presencia de movimientos anormales y movimientos en bloque, pérdida de las reacciones automáticas y de la coordinación entre ambas manos y otras deficiencias motrices secundarias (subluxación de hombro, contracturas, edemas, ...)
-

Trastornos de la percepción:

- Heminegligencia (desconocimiento del lado afecto)
- Agnosia (incapacidad para reconocer objetos a través de estímulos sensoriales)
- Apraxia (incapacidad para realizar movimientos complejos ,en ausencia de problemas motores , sensitivos o de coordinación)
- Problemas con el esquema corporal.

Trastornos Sensitivos y sensoriales: Alteración de sensibilidad superficial y profunda y déficit visuales (hemianopsia homónima contralateral, ...)

Trastornos de la comunicación (afasias, disartrias, ...)

Trastornos emocionales, psicológicos y de la conducta. (ansiedad, sentimientos de frustración, cambios bruscos del estado de ánimo, depresión, ...)

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

➤ VALORACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

VALORACIÓN MOTRIZ

- TRONCO.
 - o Correcta alineación de los segmentos.
 - o Posición en sedestación y en bipedestación.
 - o Reacciones de equilibrio y enderezamiento.
- MMSS.
 - o Balance articular y muscular .
 - o Reacciones asociadas
 - o Contracturas y deformidades
 - o Hipotonía (flacidez) o hipertonia (espasticidad)
 - o Sinergias (flexoras /extensoras)
- MMII.

o Dorsiflexión de tobillo, extensión de rodilla y flexión de cadera.

o Contracturas y deformidades

Hay que tener en cuenta la existencia de edema en las extremidades, especialmente en la mano o en el pie, y adoptar las medidas oportunas para su tratamiento.

VALORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD TÁCTIL Y PROPIOCEPTIVA

Dirigida a detectar las dificultades de interpretación e integración de todos los mensajes sensoriales procedentes de los medios externo e interno.

En la exploración táctil valoramos:

- Sensibilidad a la presión.
- Sensibilidad de tacto fino, mediante el roce con un algodón.
- Sensibilidad de dolor , utilizando la uña o un alfiler(punta roma)
- Discriminación de temperatura.
- Discriminación de dos puntos.

En la exploración propioceptiva conciencia del paciente de la posición de sus miembros y movimientos.

VALORACIÓN DE DÉFICIT PERCEPTUALES

Hay que tener en cuenta la existencia de edema en las extremidades, especialmente en la mano o en el pie, y adoptar las medidas oportunas para su tratamiento.

VALORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD TÁCTIL Y PROPIOCEPTIVA

Dirigida a detectar las dificultades de interpretación e integración de todos los mensajes sensoriales procedentes de los medios externo e interno.

En la exploración táctil valoramos:

- Sensibilidad a la presión.
- Sensibilidad de tacto fino, mediante el roce con un algodón.
- Sensibilidad de dolor , utilizando la uña o un alfiler(punta roma)
- Discriminación de temperatura.
- Discriminación de dos puntos.

En la exploración propioceptiva conciencia del paciente de la posición de sus miembros y movimientos.

VALORACIÓN DE DÉFICIT PERCEPTUALES

- *Imagen corporal:* Se valora la capacidad para percibir la localización y la relación de las partes del cuerpo .Las alteraciones del esquema corporal afectarán a la ejecución del movimiento voluntario y a la calidad del desempeño de la tarea.

- *Déficit espaciales*: Los pacientes con este tipo de alteración son incapaces de manejar conceptos espaciales como arriba, abajo, detrás...

- *Apraxia*: Es la incapacidad de efectuar movimientos complejos o con propósito, a pesar de que la movilidad, la sensación y la coordinación se encuentren intactas. Hay diferentes tipos:

o Apraxia ideomotora

o Apraxia ideacional

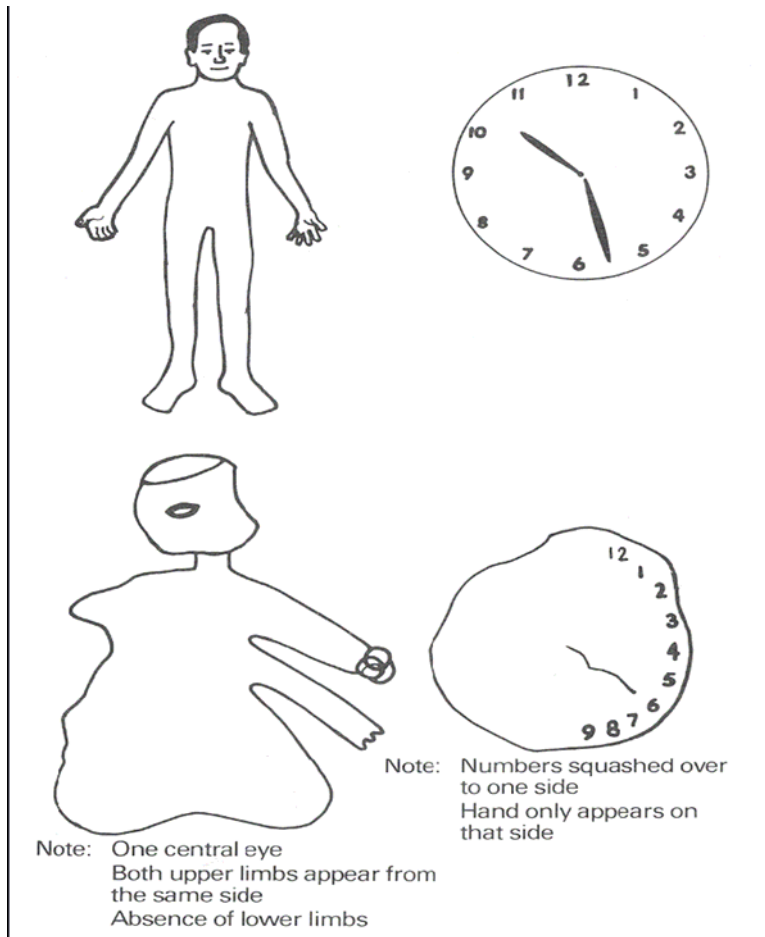
o Apraxia constructiva

o Apraxia del vestido.

- *Síndrome de negligencia*: Se trata de un fallo a la hora de informarse, responder u orientarse hacia un estímulo en el espacio contralateral al lado de la lesión cerebral (ignoran de manera selectiva todo lo que acontece sobre el lado afectado), por lo general se acompaña de lesión del hemisferio cerebral derecho. Las maneras de valorarlo son muy sencillas como los test de cancelación (tachar determinados símbolos-letras-números escritos en toda una hoja), dibujar un hombre, copiar una flor o una casa, leer en voz alta, etc.

- *Agnosia*: Incapacidad para reconocer objetos familiares, por las diferentes vías sensitivas , ya sea tacto, visión, audición.

- *Alteraciones o déficit visuales*: Una de las alteraciones más comunes es la hemianopsia, el paciente es incapaz de ver parte de su campo visual mientras dirige la mirada directamente hacia delante.



VALORACIÓN COGNITIVA

Puede darse una alteración global de las capacidades mentales. En algunos casos la capacidad de aprendizaje puede estar alterada.

No hay que obviar el enorme impacto psicológico que sufren estos pacientes, que puede venir acompañado de un estado depresivo que interferirá en nuestro tratamiento.

En algunos pacientes está asociado deterioro cognitivo y demencia.

En estos casos la intervención va a ir modificada en función de su capacidad cognitiva.

➤ ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

MEDIDAS HIGIÉNICO-POSTURALES

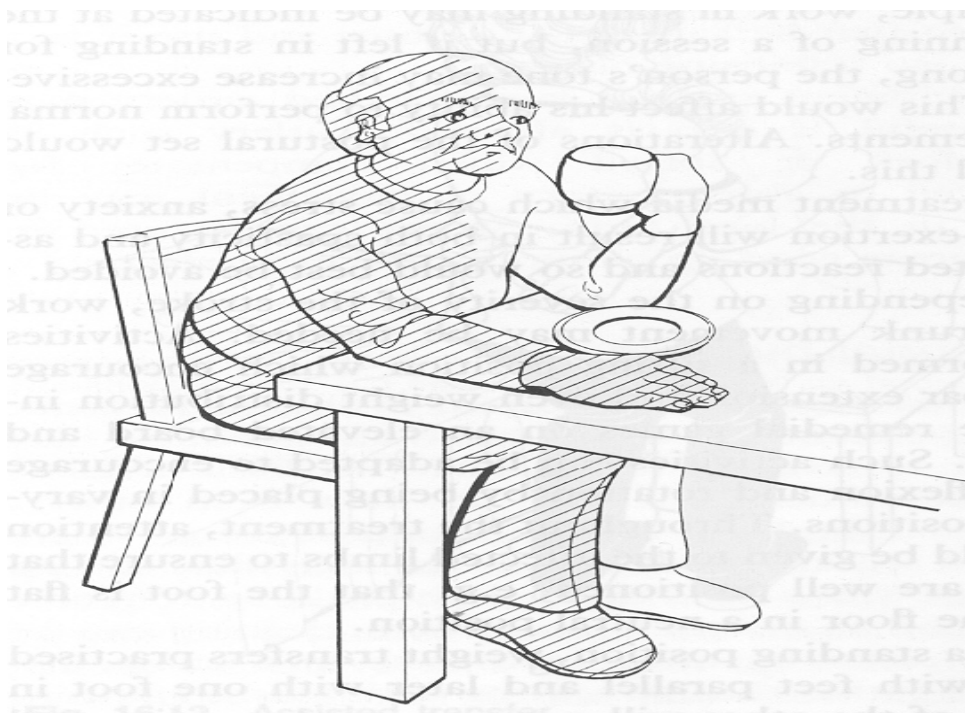
Posicionamiento correcto del paciente durante la realización de sus actividades cotidianas y durante los periodos de descanso.

ALIMENTACIÓN

La posición correcta en la que el paciente tiene que realizar la actividad de alimentación es la siguiente:

En silla normal si es posible, con los pies apoyados en el suelo o en un alza (si no llegan al suelo), la espalda bien apoyada en el respaldo y el brazo pléjico sobre la mesa dispuesta a lo ancho, colocando la comida plato por plato, no todo de una vez, y les facilitaremos antideslizantes o cubiertos adaptados si lo precisan .

Es importante que los pacientes coman por ellos mismos, aunque tarden más y no lo hagan de una manera totalmente óptima. Presentan muchas dificultades para pelar o cortar alimentos, será el terapeuta quien le enseñe a cortar o pelar con una sola mano y le facilite los dispositivos necesarios.



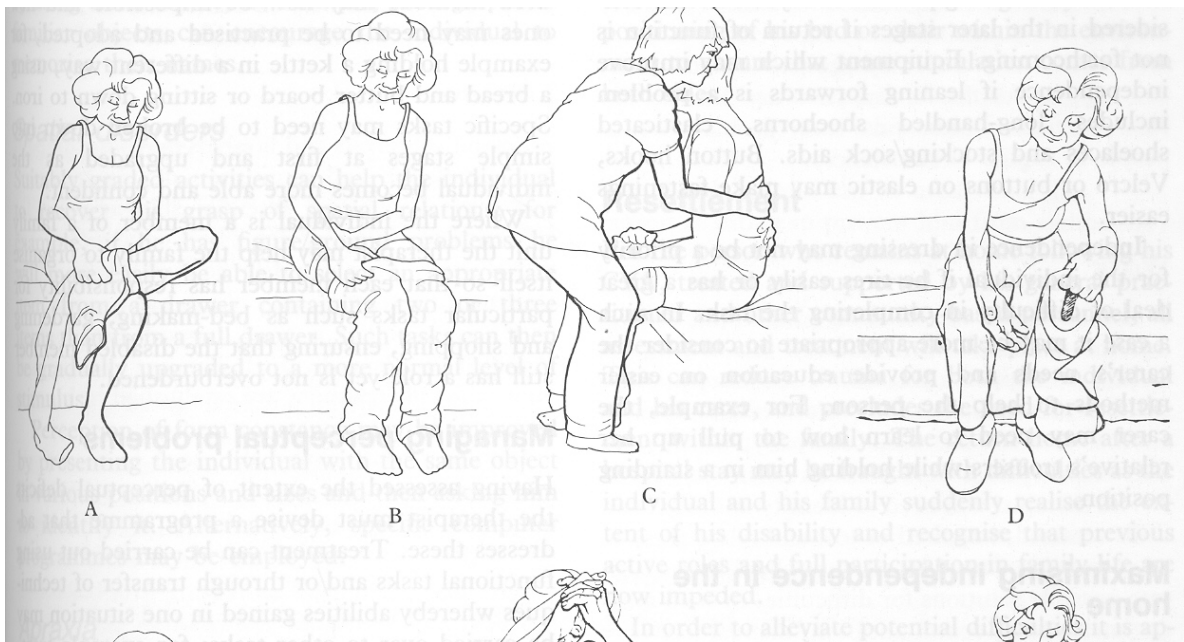
ASEO PERSONAL

Desde el primer momento estimularemos que los pacientes realicen en la medida de lo posible actividades de cuidado personal básicas, como lavarse la cara, las manos, peinarse, y lavarse los dientes. Es muy conveniente que lo hagan frente al espejo en el cuarto de baño de la habitación, varias veces al día. Si de momento el paciente no puede caminar, utilizaremos una silla de ruedas que permitirá el desplazamiento hasta el baño. Allí, además de estar en un entorno más adecuado que facilitará la higiene en sedestación, el paciente tendrá mayor conciencia del lado pléjico que tendrá que enjabonar, aclarar y secar sin perderlo de vista.

VESTIDO

Poco a poco enseñaremos al paciente las pautas a seguir para el vestido, primero de la parte superior y en cuanto pueda mantener una bipedestación estable el de la parte inferior.

Problemas específicos en esta área (apraxias, problemas en la orientación espacial de prendas, etc..) se trabajarán previamente en el departamento de Terapia Ocupacional.



BAÑO

Cuando la transferencia a la silla de baño está dominada, reestrenaremos esta actividad, tomando las precauciones convenientes y prescribiendo las ayudas técnicas que se precisen para el mismo.

USO DEL W.C O DISPOSITIVOS ESPECIALES

MARCHA

ESCALERAS

➤ TRATAMIENTO MOTOR

Abordajes utilizados para el tratamiento motor:

- o Abordaje del control motor (Bobath)
- o Técnicas de estimulación sensorial (Rood)
- o Facilitación neuromuscular propiceptiva (Kabat)

La intervención motriz debe seguir una serie de fases:

- o **Tronco,**
- o **Cintura pélvica y miembro inferior**
- o **Cintura escapular y miembro superior.**

TRATAMIENTO MOTOR DEL MIEMBRO SUPERIOR.

El patrón típico que presenta el miembro superior espástico de los pacientes que han sufrido un Ictus es el siguiente: aducción y rotación interna de hombro, flexión de codo, pronación de antebrazo y flexión de muñeca y dedos.

El miembro superior debe trabajarse después de haber logrado un buen control de tronco, si trabajamos el brazo antes que el tronco se puede provocar un hombro doloroso.

Antes de iniciar la actividad con el miembro superior afecto hay que inhibir el tono si se presenta en exceso. Esto se consigue mediante un correcto posicionamiento, colocando al paciente en posturas inhibitorias y relajando la musculatura flexora. A continuación estimularemos aquellos grupos musculares más debilitados mediante técnicas que proporcionen una estimulación sensorial controlada, algunas de ellas son:

- Estimulación táctil: cepillado táctil, toque ligero, percusión...
- Estimulación propioceptiva. Estiramientos, golpeteo ,presión, compresión ligera...
- Facilitación con frío.

Las actividades propuestas deben seguir el orden de la recuperación motora del miembro superior, es decir:

Flexión de hombro.

Flexión de codo combinada con flexión de hombro.

Flexión de muñeca y dedos.

Extensión de hombro y codo.

Supinación de antebrazo.

Flexión selectiva de hombro y codo.

Extensión selectiva de hombro y codo.

Flexión y extensión de todos los dedos.

También hay que intervenir desde Terapia Ocupacional sobre las deficiencias motoras secundarias al ACVA como son:

- Subluxación de hombro
- Prevención de contracturas
- Síndrome hombro-mano

En el tratamiento de la sensibilidad profunda o propiocepción el objetivo principal es que el paciente sepa distinguir posiciones y dirección del movimiento. Las actividades utilizadas son muy variadas entre ellas:

- Imitación por parte del paciente de las posiciones en las que coloca el terapeuta los miembros inferiores y superiores, primero frente a él, luego frente al espejo.
- Hacer apoyos con la muñeca en extensión sobre una mesa.
- Coger objetos de diferentes tamaños.
- Ejercicios contra resistencia (lijar sobre una mesa,..)
- Botar una pelota, etc..

La sensibilidad superficial se trabajará estimulando con distintos tejidos, presiones, temperaturas.

➤ TRATAMIENTO DE DÉFICIT PERCEPTIVOS/COGNITIVOS

Las técnicas de mayor eficacia utilizadas desde la Terapia Ocupacional son las de **compensación**. Su objetivo es mejorar la orientación del paciente hacia su lado con negligencia y aplicar estrategias que mejoren la búsqueda visual en el

espacio. Este trabajo debe generalizarse al reentrenamiento de las actividades cotidianas.

Si existen problemas cognitivos (memoria, lenguaje, cálculo, orientación, etc.) se llevan programas de entrenamiento en estos déficits, aún así la presencia de trastornos cognitivos se considera.

La pérdida de memoria puede estar relacionada con déficits subyacentes perceptuales o atencionales, desde terapia ocupacional la adaptación del entorno para evitar distracciones y para elaborar estrategias que aumenten el nivel de alerta es muy importante.

➤ ADAPTACIÓN DEL ENTORNO. AYUDAS TÉCNICAS

Deben usarse todas las capacidades funcionales y hacer los cambios físicos necesarios en el domicilio para potenciar la autonomía del paciente.

Se procurará minimizar en lo posible las barreras arquitectónicas. Será preciso instalar barandillas y asideros, elegir la silla de ruedas más adecuada de ser precisa, colocar los utensilios al alcance del paciente. Se recomendarán cambios y adaptaciones en la casa según los casos, como la instalación de barandillas, asideros para pasar de la silla de ruedas al W.C., rampas en vez de escaleras que faciliten la libre circulación en silla de ruedas, ampliación de la anchura de los umbrales y de las puertas, instalación de elevadores de sillas de ruedas adaptados a escaleras, empleo de grifos que puedan ser manejados con las

muñecas o los antebrazos, uso de alargadores para alcanzar objetos, o disposición de los objetos personales (dormitorio, cocina y baño) en cajones bajos facilitando su accesibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Shepherd, J. Carr "Tehabilitación de pacientes en el Ictus". Elsevier España. 2004.
2. Perfetti C. "El ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto" ErikaMed, 1999.
3. Polonio B. "Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos". Editorial Médica Panamericana.
4. Polonio B. "Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: teoría y práctica". Editorial Médica Panamericana, 2004.
5. Turner "Terapia Ocupacional y Disfunción Física". Elsevier, España 2003.
6. Chapinal A. "involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico". Masson, 1999.
7. Grieve J. "Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición". Editorial médiuca Panamericana. Buenos Aires, 1994.
8. M. Lynchand, V. Grisogono. "Strokes and head injuries. A guide for patients, families and carers". John Murray, 1999.
9. Trombly, C.A. "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente". Editorial Médica Panamericana, 1990.
10. Willard & Spackman "Terapia Ocupacional. 10ª Edición" Editorial Médica Panamericana, 2006.
11. Kielhofner G. "Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Huamana". Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2006.

COMUNICACIONES DE PROFESIONALES

Deficiencia visual en la tercera edad

Dña. María José García López

Terapeuta Ocupacional. ONCE. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid.

García López MJ: Deficiencia visual en la tercera edad. En García López MJ, Cruz Belvis E de la; Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.353-373p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Como consecuencia del proceso de envejecimiento, las personas mayores pierden facultades en todos los sentidos y órganos. La visión es el sentido primordial por excelencia, el más utilizado y el que más incapacita, inicialmente, cuando se ve alterado de forma grave. Estos problemas de visión conllevan alteraciones en la vida cotidiana de los sujetos que los padecen, así como riesgos para su integridad física, repercutiendo en la funcionalidad de las actividades de la vida diaria. A estas dificultades se añaden otras alteraciones que van a trabar el proceso de rehabilitación (inseguridad, miedo, angustia, etc). En base a lo anterior, el objetivo principal de la intervención desde Terapia Ocupacional será conseguir la funcionalidad del resto de visión y la autonomía de la persona mayor.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, A.V.D, función visual, entrenamiento, deficiencia visual.

DECS: Terapia Ocupacional, Actividades Cotidianas, visión, deficiencia

ABSTRACT

As consequence of the aging process, the elders lose abilities in all the senses and organs. The vision is the primordial sense, the most used one and the one that more disables, initially, when it is altered in a serious way. These problems of vision bear alterations in the daily life of the persons that suffer them, as well as risks for their physical integrity, influencing the functionality of the daily life activities. To these difficulties, other alterations are added, which get worse the rehabilitation process (insecurity, fear, anguishes, etc). Based on the above-mentioned, the main objective of the intervention from Occupational Therapy will be to get the functionality on the rest of vision and the autonomy of the elders.

KEYWORDS Occupational Therapy, ADL, visual function, training, visual impairment.

MESH Occupational Therapy, Activities of Daily Living , Vision, visual deficiency

INTRODUCCIÓN

Cada edad parece tener una problemática concreta, esto es una evidencia. Las personas mayores tienen unas dificultades concretas dentro del proceso de envejecimiento. Todo nuestro organismo se deteriora y, a pesar del progreso en la calidad de vida, perdemos facultades en todos los sentidos y órganos. La vista no se libra.

En los últimos años la mayor parte de las personas atendidas en los servicios de rehabilitación, son mayores con resto de visión funcional, susceptibles de algún tipo de ayuda que favorecerá las actividades de la vida diaria.

El ojo envejecido de una persona mayor no responde al estímulo luminoso de forma rápida. Las células del músculo que conforman el iris se engrosan, los movimientos están lentificados.... con lo cual el efecto de acomodación es más lento y falla la agudeza visual, lo que va a provocar, inmediatamente en cualquier persona, inseguridad; más en las personas mayores en las que además se suman alteraciones en la marcha, en la toma de decisiones...

La persona mayor hará comentarios referentes a sus sensaciones. Estos indicativos van a hacer ver al profesional terapeuta ocupacional **que hay modificaciones en la forma de ver del usuario y éstas van a conllevar algunas alteraciones en su vida cotidiana, así como riesgos para su integridad física, repercutiendo en la funcionalidad de las actividades de la**

vida diaria, tanto en las personas que viven de forma independiente en su hábitat, como aquellas que están institucionalizadas. Estos son:

En cuanto al ojo:

- Ver halos o anillos alrededor de las luces
- Ver cortina delante de los ojos
- Ver destellos de luz o puntos brillantes intermitentes.
- Ver "tela de araña"
- Tener doble visión
- Dolor fuerte y repentino
- Repentina hipersensibilidad a la luz
- Ojos enrojecidos e hinchados
- Picor, escozor, supuración...

Existen otros indicativos de problemas visuales que son apreciables por los cuidadores y/o profesionales que están al cuidado de éstas personas mayores, como por ejemplo:

- Ojos cansados, jaquecas leves y continuadas
- Arrastrar los pies en las escaleras
- Cambios en la marcha o al estar de pie
- Dejar de realizar actividades habituales
- La ropa aparece manchada, sucia, desaliñada...

- Parece no saber leer la hora
- No quiere salir de la casa, de la cama...

Todos estos aspectos se han de tener en cuenta para poder discernir entre otros diagnósticos que con alguna frecuencia dan con la persona mayor en un cajón de sastre como son las demencias, las apatías, la inactividad... El terapeuta ocupacional es el primer profesional cualificado que está en condiciones de hacer un detección adecuada de estas situaciones, bien porque las recoge de su propia observación, bien porque recoge los comentarios de los cuidadores de estas personas.

Cuales son las principales dificultades con las que nos vamos a encontrar:

- Lentitud de movimientos
- Disminución de reflejos
- Inestabilidad en la marcha
- Bajo nivel perceptivo-sensitivo
- Alteraciones en funciones superiores
- Tareas de autocuidado
- Tareas domésticas
- Reconocer el dinero
- Leer / escribir
- Ver la TV
- Movilidad funcional

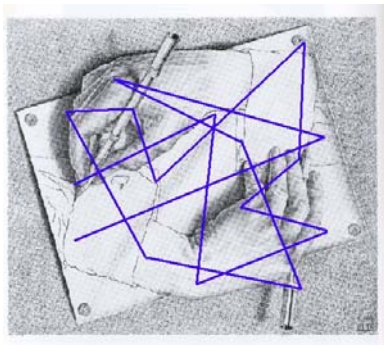
Estas características no sólo tienen relación con problemas visuales propiamente dichos, sino que vienen derivados del propio proceso de envejecimiento. No hay que confundir éstas con alteraciones de otras disfunciones también descritas en dicho proceso de envejecimiento. El terapeuta ocupacional tiene que saber distinguir donde empieza una alteración en las funciones superiores y de relación y lo que es una evidente alteración visual que puede tener una más fácil solución.

Ante diagnósticos oftalmológicos característicos de esta población como por ejemplo: degeneración macular senil, retinopatía diabética, glaucoma, cataratas... la terapéutica y las ayudas ópticas están muy desarrolladas. En los casos en que este diagnóstico sea inexistente, cabe la posibilidad de tener estas alteraciones sin que el sujeto sea consciente de una solución funcional, asumiéndolas como una alteración más de su proceso de envejecimiento.

La visión es el sentido primordial por excelencia, el más utilizado y el que más incapacita, inicialmente, cuando se ve alterado de forma grave. Sin embargo, se desconoce de manera general cómo lo utilizamos, es algo obvio pero, resulta difícil su abordaje.

El comportamiento de los ojos al mirar es muy complejo, los movimientos oculares son controlados a voluntad y son variables dependiendo del objeto de nuestra mirada. Cuando miramos un paisaje, un cuadro... utilizamos amplios movimientos de exploración sin demasiado orden (Fig. 1), quizás el que a nuestra

curiosidad le apetece, pero aún así mientras que movemos los ojos no podemos ver, lo hacemos cuando paramos, es en este instante cuando la retina recoge la información y de ésta manera vamos formando la imagen que recorrerá nuestro cerebro para codificarla e interpretarla. La cosa cambia cuando se trata de una tarea tan común como la lectura, el movimiento ha de ser más ordenado y sistemático, necesitamos de más procesos cognitivos para la comprensión de esas imágenes que son las letras. En esta tarea el movimiento de los ojos está dirigido en sentido horizontal, de izquierda a derecha y un movimiento oblicuo para pasar al renglón siguiente (Figura 2).



(Fig. 1)



(Fig. 2)

Veamos algunos conceptos sobre la **función visual** para centrarnos en el tema:

- **Percepción visual:** Comprende el examen de un objeto, la distinción de las partes esenciales, la comprensión de la relación entre los elementos y la integración de la información de un todo.

EN ESTE MECANISMO INTERVIENEN TODAS LAS ESTRUCTURAS OCULARES EN DIFERENTES

FASES:

- búsqueda: intervienen los músculos orbitarios, manejando de forma coordinada ambos ojos.
- seguimiento: este movimiento coordinado permite el funcionamiento paralelo de ambos globos oculares y que la mirada esté dirigida al mismo punto.
- enfoque: una vez localizada hay que enfocarla y de ello se encarga el polo anterior del ojo y dependerá de la distancia entre el ojo y el objeto. Esta parte del ojo funciona como el objetivo de una cámara fotográfica y proyecta la imagen en la retina.

Mecanismo: **PROCESA - CODIFICA – INTERPRETA**

- Recogida de la información necesaria en cada situación (selección)
 - Codificación de esa información en los centros cerebrales (elección)
 - Interpretación de esos datos para dar la respuesta adecuada para la situación.
-
- **Transformación:** los impulsos de energía luminosa llegan a la retina, donde se activan sus células sensoriales. Éstas por reacciones químicas transforman los impulsos en energía eléctrica para posibilitar la transmisión a través del sistema nervioso

- **Transmisión:** los impulsos eléctricos son recogidos por las células retinianas hasta llegar al nervio óptico e inician el recorrido por la cavidad craneal, pasando por diferentes estructuras hasta llegar al centro cerebral de la visión.
- **Interpretación:** la vía óptica no sólo procesa la imagen, pone en comunicación más zonas cerebrales incluso antes de llegar al centro cerebral de la visión, por ejemplo, entra en contacto con:
 - oído: como ayuda al equilibrio corporal
 - el funcionamiento ocular (búsqueda, seguimiento, convergencia, acomodación, adaptación a la luz...) está modulado por la información visual y regulado por centros cerebrales diferentes.
- **Agudeza visual:** imagen retiniana más pequeña cuya forma puede apreciarse y que se mide por el objeto más pequeño que puede verse de lejos
- **Campo visual:** espacio en el que una persona puede ver cuando los ojos observan fijamente un objeto en la línea directa de visión, incluyendo toda la visión periférica
- **Baja Visión:** aquellas personas que pueden ver la luz, guiarse por ella y utilizarla con propósitos funcionales.
- **Optimización del resto visual:** Conjunto de procesos encaminados a obtener el máximo aprovechamiento posible del resto visual que posee la persona
- **Orientación:** Proceso mediante el cual la persona emplea los sentidos para establecer su posición y relación con los demás objetos significativos del medio.
- **Movilidad:** Capacidad, disposición y facilidad para desplazarse en el entorno.

- **Escotoma:** es un área de percepción lumínica nula o disminuida dentro de un campo visual normal o relativamente normal.

Las repercusiones más directas que tienen las alteraciones visuales y de las que va a depender la independencia de la persona son:

- ***Reducción del campo visual***
- Visión borrosa / doble
- Pérdida de sensibilidad al contraste
- Escasa percepción de profundidad
- Escasa adaptación ocular al cambio de intensidad luminosa
- Pérdida de capacidad de percepción de detalles
- Visión nocturna defectuosa
- Visión cromática defectuosa
- Problemas de deslumbramiento (acomodación)

Las dificultades con que se encuentran estas personas en su vida cotidiana son principalmente en las siguientes áreas:

- Control del espacio
- Desplazamiento
- Control de la distancia
- Tareas de visión cercana
- Visión a media distancia

Estas dificultades va a llevar al sujeto a otras alteraciones que van a trabar el proceso de rehabilitación: inseguridad, miedo, angustia, estrés, sentimientos de torpeza, bajo nivel de autoestima... Todo ello conlleva riesgos para su integridad física.

La visión, habitualmente, la utilizamos en tres distancias:

- **Visión lejana:** (80 - 90 cm al infinito) la utilizamos para desplazamientos, localización de objetos...
- **Visión a media distancia:** (desde los 50 a 80 cm) la utilizamos para ver las caras, ver la TV, leer carteles informativos, cocinar...
- **Visión cercana:** (de 30 a 50 cm) escritura, lectura, manipulación de objetos...

Ya tenemos una "visión" general de las características del tipo de visión que pueden tener las personas mayores, de las dificultades que van a plantear. Ahora pasaremos a ver qué podemos hacer para facilitarles una funcionalidad ante las dificultades que se les plantean , como podemos ayudar a sus cuidadores y cómo controlar el entorno para que éste sea más seguro, con lo que la persona ganará en seguridad y autoestima.

Estas definiciones les ayudarán a analizar más adecuadamente las zonas de intersección entre los límites visuales y los cognitivos, y así comprender las respuestas del paciente para planificar el tratamiento.

ENTRENAMIENTO.

Los factores que influyen en la visibilidad de las tareas son: tamaño de la tarea, distancia a la tarea, iluminación, contraste, color, tiempo disponible para ver la tarea, movimiento de la tarea, deslumbramiento y condiciones atmosféricas.

Cuando el profesional de terapia ocupacional detecta, a través de los indicativos anteriormente descritos, alguna alteración en la función visual, hay una serie de instrumentos de valoración que pueden ser utilizados para confirmar dicha alteración de forma objetiva y de esta manera derivarlo a los servicios de oftalmología correspondientes. Tenemos dos ejemplos claros y fáciles de utilizar:

- **Rejilla de Amsler:** Cuadrícula con un punto negro central: la distorsión de las líneas o el punto demuestran alteraciones en cuanto a la agudeza visual. (Fig. 3)
- **Test de Ishihara:** una serie de tarjetas que contienen un número o letra coloreada sobre un fondo de puntos de otro color con igual brillo. Proporcionan una prueba excelente y rápida para la detección de los defectos en la percepción de los colores. (Fig. 4)

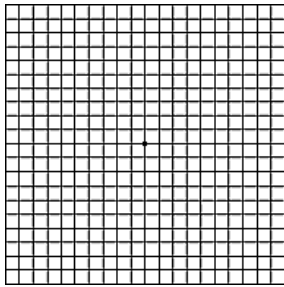


Fig. 3

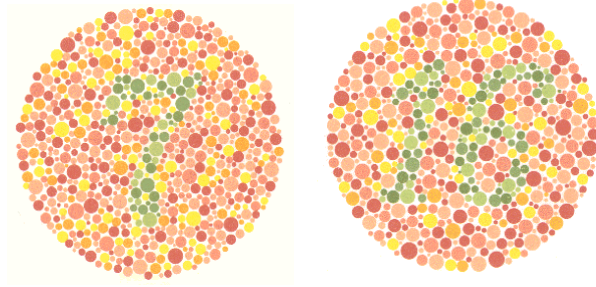


Fig. 4

Mientras los profesionales de oftalmología y óptica diagnostican y ofertan las posibles ayudas ópticas necesarias, nosotros podemos trabajar facilitando la visión funcional a éstas personas y los recursos necesarios para una independencia en su entorno.

Hasta aquí hemos analizado - evaluado las características de la persona, el tipo de visión, el campo visual que tiene y demás alteraciones cognitivas que pueda tener. Ahora pasaremos a analizar cómo podemos entrenar e intentar resolver las dificultades más generales.

TERAPIA OCUPACIONAL

Objetivos:

- Organización del sistema háptico:
 - percepción táctil
 - percepción cinestésica
 - Conducta explorativa:
 - toma de referencias
 - búsqueda de indicadores
 - control de dirección

- Integración sensorial:
 - Procesamiento sensorial
 - Destreza perceptiva

- Adiestramiento visual:
 - capacidad de exploración
 - capacidad de localización
 - capacidad de seguimiento

- Uso de ayudas:
 - Magnificación o Ampliación
 - Iluminación
 - Ayudas no ópticas
 - Ayudas no visuales

- Técnicas de adaptación

- Control del entorno:
 - Aumentar los carteles indicativos
 - Mejorar la iluminación
 - Potenciar el contraste
 - Emplear colores bien contrastados
 - Línea de visión
 - Ubicación homogénea
 - Señalización auditiva y táctil

- AVDs:
 - Autocuidado
 - Adiestramiento en la mesa
 - Tareas del hogar
 - Uso de material específico
 - Uso de material común

Estos son los objetivos que deberíamos tener en cuenta, pero no siempre podemos trabajar todos y cada uno de ellos de forma organizada y correlativa. Pero esto no debe dinamitar las posibilidades que tienen las personas mayores y menos aún las propias posibilidades del terapeuta ocupacional en la adaptación de las actividades para conseguir resultados óptimos en cada caso. En consecuencia, debemos tener muy en cuenta el potencial de cada persona, sus necesidades y los

intereses del entorno. Encontrar el equilibrio entre las partes, nos llevará al éxito de la propuesta de trabajo. Aquellos objetivos que no podamos conseguir sobre el sujeto, podremos facilitarlo con el control del entorno, tanto físico como humano.

Veamos qué podemos hacer, qué cosas debemos tener en cuenta para programar actividades, adaptaciones y recomendaciones para conseguir el objetivo principal: conseguir la funcionalidad del resto de visión y la autonomía de la persona mayor.

Premisa: no perder de vista el interés del anciano, qué es lo que más necesita desde su perspectiva, cuáles son sus intereses más inmediatos...

Trabajaremos simultáneamente sobre el sujeto y sobre el entorno

Sujeto

- Percepción háptica
- Integración sensorial
- Adiestramiento visual
- AVDs

Entorno

- Aumentar los carteles indicativos
- Mejorar la iluminación
- Potenciar el contraste
- Emplear colores bien contrastados.

Atividades:

- **Percepción háptica:** son los ejercicios más comunes utilizados en otras deficiencias, comprenden todos aquellos que fomenten el reconocimiento táctil. Se comenzarán con objetos comunes, conocidos para el usuario. Iremos aumentando la dificultad a medida que el anciano vaya consiguiendo confianza en sus posibilidades
 - **Conducta explorativa:** consiste en enseñar al sujeto en la toma de referencias, búsqueda de indicadores y control de la dirección. Por ejemplo: la referencia principal es su cuerpo, desde ahí parten todas las indicaciones.

- **Integración sensorial:** se utilizarán baterías de ejercicios habituales para este componente.
- **Adiestramiento Visual:** trabajaremos potenciando los tres aspectos: exploración, localización y seguimiento. Ejemplos: laberintos, dibujo escondido, dibujos inacabados, buscar parejas, tarjetas de errores...
- **Uso de ayudas:** iluminación específica para los trabajos de cerca (flexos), cuadernos con líneas más gruesas, rotuladores gruesos, material de diferentes colores para buscar el contraste con la tarea a realizar, ayudas técnicas en general...

- **Control del entorno:**

- **Físico:** mejorar la iluminación general del entorno, evitando las zonas de sombras provocadas por el tipo de luminaria y en relación a la luminosidad natural; jugar con el cambio de color en zonas de paso o para localizarlas; carteles informativos a la altura de la línea de visión con un tamaño y tipo de letra nítidos; indicativos táctiles en la línea del paso de las manos...
- **Humano:** dotar a todas las personas que están alrededor del anciano de unas pautas mínimas de trato, "reglas de oro": identificate, diga qué está haciendo, habla directamente utilizando su nombre, habla despacio y con claridad, sitúese donde él le pueda ver, responda a todas las preguntas, toque al anciano para que le preste atención, comuníquese que se marcha.
- **AVDs:** ordenación de los útiles de aseo, prendas de vestir... (el tipo de orden será el que al sujeto le parezca más fácil y sea seguro, aunque no sea el más ortodoxo); orden en la ubicación de cualquier útil para las diferentes actividades. En la mesa buscar el contraste entre mantel, platos y comida; adiestrarles en la orientación desde la referencia de una esfera de reloj; uso de ayudas técnicas comunes y específicas para las personas con baja visión...

CONCLUSIONES

- Respetar el tiempo de reacción y aprendizaje de la persona mayor
- Lo que no podamos conseguir sobre el sujeto, compensarlo con la adaptación del entorno
- Aprovechar las capacidades residuales del anciano
- Utilizar estrategias verbales adecuadas a su edad
- Tener presente las reglas de oro

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. EDWIN, B., Y FREID, A. (1995). *El cuidado de la Baja Visión*. Madrid: ONCE Colección manuales.
2. GIMENO, J.R., RICO, M., Y VICENTE, J. (1986). *La educación de los sentidos. Teoría, ejercitaciones, aplicaciones y juegos*. Madrid: Santillana, Aula XXI.
3. INDE, K. Y BÄRCKMAN, O (1988). *El adiestramiento de la visión subnormal*. Madrid: ONCE.
4. MARTIN ANDRADE, P. Y COL. (2003). *Accesibilidad para personas con ceguera y deficiencia visual*. Madrid: ONCE
5. POLONIO LÓPEZ, B. (2004). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. Madrid: Panamericana.
6. RANDALL, J.(1998). *Visión subnormal*. Madrid: ONCE.
7. TOGLIA, J.P. (1998b). Cognitive-perceptual retraining and rehabilitation. En M.E. Neistadt y E.B. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman´s*

- occupational therapy* (9th ed, pp.428-450). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
8. TRAVIESO, D. Y GARCÍA, M. J. (2001). Una batería de pruebas para la evaluación integral del sistema háptico. *Integración. Revista sobre ceguera y deficiencia visual*, (39), 7-21.
 9. VILA LÓPEZ, J. M. (1994). *Apuntes sobre rehabilitación visual*. Madrid: ONCE Colección guías.
 10. VILLALBA SIMÓN, R. (2000). *Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual (Vol II.)*. Madrid: ONCE Colección manuales.

DIRECCIONES ELECTRONICAS DE INTERES

www.rpd.es

www.mtas.es/publica/bibliot/Cediss/Indice.htm

www.seg-social.es/imsero/discapacidad/docs/i2_discea.html

www.sidar.org

www.discapnet.es

www.edf-feph.org

www.afb.org

www.rnib.org.uk/library/research

www.islrr.org

[Lighthouse \(USA\)](http://Lighthouse.org)

Manolo.net

[Fundación de Ciegos "Manuel Caragol"](#)

[UTLAI. Usuarios de Tiflotecnología para el Libre Acceso a la Información](#)

[Tiflolibros](#)

[Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes: Biblioteca de voces](#)

[www.daisy.org](#)

COMUNICACIONES DE PROFESIONALES

¿Qué ocurre después de un traumatismo craneoencefálico? fase de despertar del coma

Dña. Susana Morón Casellas

Terapeuta Ocupacional. Departamento de Rehabilitación Funcional. Instituto
Guttman

Morón Casellas S. ¿Qué ocurre después de un TCE? Fase de despertar del coma. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.374-381p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

En los últimos años ha cambiado el perfil de los pacientes con una lesión neurológica de origen traumático. En España no existe un registro nacional, pero en nuestro hospital se confirma el incremento de pacientes con TCE. El estado en que se encuentra una persona que ha sufrido un TCE se mide según la escala el Rancho Los Amigos, que distingue ocho niveles que van desde RLA I (ninguna reacción al estímulo) a RLA VIII (comportamiento apropiado con determinación).

Cuando los pacientes presentan un RLA inferior a IV normalmente se encuentran en Coma o en Estado Vegetativo o de Mínima Respuesta. Para valorar ampliamente las respuestas neurológicas y cognitivas de estas personas, poder plantear objetivos de tratamiento y cuantificar cambios empleamos las escalas Disability Rating Scale y la Coma/Near Coma Scale.

El tratamiento realizado diariamente por una terapeuta ocupacional es la Estimulación Multisensorial. Otros objetivos de tratamiento son la valoración de la sedestación y de las ayudas técnicas que requiera, y la educación de cuidadores.

PALABRAS CLAVE: TCE, rehabilitación, escala rancho de los amigos, objetivos, valoración, tratamiento, equipo multidisciplinar.

DECS: Trauma Craneocerebral , Actividades Cotidianas, escala , evaluación, Equipos Humanos

ABSTRACT

In the last years it has changed the profile of the patients with a neurological lesion of traumatic origin. In Spain a national registration doesn't exist, but in our hospital it is confirmed the increment of patient with CET. The state of the person who has suffered a CET is measured according to the scale of "*Rancho los Amigos*", which distinguishes eight levels that goes from RLA (any reaction to the stimulus) to RLA VIII (appropriate behaviour with determination).

When patients present an RLA inferior to IV, they are usually in Coma or in Vegetative State or of Minimum Answer. To broadly value the neurological and cognitive answers of these persons, being able to outline treatment objectives and quantify changes, we use the scales Disability Rating Scale and the Coma/Near Coma Scale.

The daily treatment carried out by an occupational therapist is the Multisensorial Stimulation. Other treatment objectives are the valuation of the and of the technical aids that it requires, and the education of caretakers.

KEYWORDS TEC, rehabilitation, ranch scale of friends, objectives, assessment, treatment, multidisciplinary team.

MESH Craniocerebral Trauma, rehabilitation, Scales evaluatón, Disaster Team

En los últimos años y a causa de los avances en la medicina, en la industria y en la sociedad en general ha ido cambiando es perfil de los pacientes que sufren una lesión neurológica de origen traumático.

En España no existe un registro nacional de nuevos casos de personas que sufren un traumatismo craneal encefálico, pero se considera que la incidencia se sitúa en 200 nuevos casos por cada 100.000 habitantes. En nuestro hospital se ha observado un aumento de pacientes con daño cerebral traumático, teniendo en cuenta que en 1997 acudieron a nuestro hospital 144 casos con TCE y el último recuento en el 2004 se atendieron 456 pacientes atendidos por primera vez en el hospital.

Éste es el motivo por el cual todo el equipo de rehabilitación funcional se ha ido adaptando a las nuevas necesidades de nuestros pacientes.

Vamos a ver en que estado nos podemos encontrar a una persona que ha sufrido un traumatismo craneal encefálico (según la escala el Rancho Los Amigos que mide el funcionamiento cognitivo o mental):

RLA I: Ninguna reacción al estímulo

RLA II: Reacción generalizada ante un estímulo

RLA III: Reacción localizada ante un estímulo

RLA IV: Comportamiento agitado y confuso

RLA V: Comportamiento confuso e inapropiado pero no agitado

RLA VI: Comportamiento apropiado pero confuso

RLA VII: Comportamiento apropiado automático

RLA VIII: Comportamiento apropiado con determinación

* Hay más escalas para valorar a pacientes afectados de secuelas de TCE como pueden ser: Glasgow Coma Scale, Glasgow Outcome Scale, Disability Rating Scale.

A la hora de marcar los objetivos de tratamiento ante pacientes con un Rancho Los Amigos V o superior no nos encontramos con demasiadas dificultades. En estos Ranchos ya se puede establecer un sistema de comunicación (verbal o con sistemas alternativos de comunicación) que te permiten explorar cómo está dicha persona a nivel de funciones superiores (valorar cuanto tiempo es capaz de mantener la atención, si está orientada o desorientada –en persona, tiempo, espacio-,...) y también puedes establecer pequeños objetivos a nivel físico (para aumentar o disminuir el tono muscular,...).

Pero... ¿Qué pasa cuando te encuentras delante de una persona con un Rancho de los Amigos inferior a IV? Normalmente, estas personas se encuentran en Coma o en Estado Vegetativo (VS) o de Mínima Respuesta (MCS).

¿Cómo podemos valorar a una persona que se encuentra en uno de estos estados para poder plantearnos unos objetivos de tratamiento y poder cuantificar los cambios?

Para poder valorar más ampliamente las respuestas neurológicas y cognitivas del paciente nosotros hacemos servir generalmente la escala Disability Rating Scale y la Coma/Near Coma Scale.

* Hay más escalas para valorar los cambios clínicos en personas en coma, estado vegetativo o estado de mínima respuesta como pueden ser: Coma Recovery Scale, Western Neuro Sensory Stimulations Profile, Sensory Stimulation Assessment Measure, Sensory Modalito Assessment and Rehabilitation Technique.

El tratamiento que se realiza en personas que están en coma, estado vegetativo o estado de mínima respuesta tras un Traumatismo Craneal Encefálico es Estimulación Multisensorial. Este tipo de tratamiento lo realiza diariamente una terapeuta ocupacional con una duración máxima de 30 minutos y según la tolerancia. Consiste en una estimulación sistemática de cada uno de los sentidos (visión, audición, tacto, olfato y gusto), en orden, graduando los estímulos buscando siempre el nivel de máxima respuesta del paciente.

Un aspecto importante a tener en cuenta para a la hora de tratar a los pacientes que se encuentran es estas fases es crear un ambiente propicio, controlando el entorno de la gran multitud de estímulos externos que existen con el objetivo de que el paciente pueda centrar su atención tanto a la estimulación realizada por terapia ocupacional o en los cuidados del resto de profesionales, cuidadores y familia.

Son también objetivos de tratamiento realizar una valoración de la sedestación y de las ayudas técnicas que pueda precisar el paciente en el lugar donde resida al alta, al igual que educar a la familia o cuidadores de los cuidados que necesita y proporcionarle los conocimientos que requiera (regulación sensorial, estimulación, transferencias, adaptaciones al domicilio, manejo del paciente,...).

Hay que tener en cuenta que, a parte del trabajo realizado por el equipo de terapia ocupacional, hay un equipo multidisciplinar implicado en el tratamiento del paciente en Coma, Estado Vegetativo y Estado de mínima conciencia y de sus cuidadores y familia. Parte de este equipo son: médicos neurorehabilitadores, enfermería, fisioterapia, neuropsicología, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. BARROSO, C. JUNQUÉ, "Neuropsicología". Ed. Síntesis. Madrid, 1994.
2. K. ANDREWS. Internacional Working Party on the Management of the vegetative State: Summary report. *Brain Injury*, 1996, vol 10, nº 11, 797-806.
3. BERNABEU, M., ROIG, M.T. La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar. Blocs 11, 1999. Fundación Institut Guttmann. Institut universitari UAB.
4. GIACINO, J. T, ZASTER, N.D., KATZ, D.I., et al.: Development of practice guidelines for assessment and Management of the vegetative and minimally conscious status. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 12: 79-89, 1997
5. BERNABEU, M., ROIG, M. T. La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar. Blocs 11, 1999. Fundación Institut Guttmann. Institut universitari UAB.
6. GILL-THWAITES. The Sensory Modality Assessment Rehabilitation Technique: A tool for assessment and treatment of patients with severe

brain injury in a vegetative state. *Brain injury*, 1992, vol. 11,nº 10, 723-734.

7. SANZ, S., DE POBES, A., BOVÉ, M. P., TÀSIES, S., ANDRÉS, B., NOGUERA, A. M., SORIANO, M., ROIG, M.T. Terapia Ocupacional en el estado vegetativo y de mínima conciencia : estimulación sensorial. *Mapfre medicina*, 2004, vol. 15, nº2, art.4, 112-117.

COMUNICACIONES DE PROFESIONALES

El compromiso con la profesión de la Revista

TOG

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Director de la Revista TOG.

Dña. Nereida Canosa Domínguez

Terapeuta Ocupacional. Miembro del Comité editor y de difusión de TOG.

Dña. Uxia Gutiérrez Couto

Licenciada en comunicación. Miembro del comité asesor de TOG.

Dña. Marta Blanco Vila

Terapeuta Ocupacional. Miembro del comité editor de TOG.

Talavera Valverde MA, Canosa Domínguez N, Gutiérrez Couto U, Blanco Vila M. El compromiso con la profesión de la Revista TOG. En García López MJ, Cruz Belvis E. de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.382-397p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Introducción: Con esta comunicación queremos aclarar cual es el concepto que desde Revista TOG, tenemos a la hora de apostar por esta publicación.

Metodología Partiendo del concepto Psicodinámico del compromiso, establecemos la relación entre "SER" profesional y "HACER" nuestra profesión. La revisión realizada sobre estos dos conceptos, ofrece la visión de competencia hacia nuestra profesión. Desde este compromiso y con la idea de mantener una Revista científica de Terapia Ocupacional, surge nuestro compromiso en SER profesionales. El resultado muestra una publicación en "potencia", que cada vez tiene más forma de "acto". **Resultados** Las resultantes de nuestra revisión ofrecen dos vertientes claras, para poder SER hay que HACER. Y la otra complementaria a esta que vincula el SER a lo que HACEMOS. **Conclusiones** Desde la Revista TOG, creemos que el compromiso con nuestra profesión, no solo acaba en nuestra intervención diaria, continua con lo que la AOTA establece en sus estándares de práctica y nuestro código ético como profesionales, es decir, en la promoción, desarrollo y difusión de la misma.

Desde Revista TOG, apoyados por la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Galicia y con el respaldo, de una gran parte del colectivo profesional de Terapeutas Ocupacionales Españoles y no Españoles, sentimos que estamos sirviendo a este concepto anteriormente nombrado COMPROMISO. *Durante la exposición de esta comunicación, revisaremos la evolución de la Revista TOG y de sus integrantes.*

PALABRAS CLAVE: Revista TOG, Terapia Ocupacional, Compromiso, Encuentro.

DECS: Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: With this communication we want to clarify which is the concept that, from Magazine TOG, we have when boosting this publication. **Methodology** Starting from the concept Psycho-dynamic of the commitment, we establish the relationship between to "BE" professional and to "MAKE" our profession. The revision carried out on these two concepts, offers the competition vision toward our profession. From this commitment and with the idea of maintaining a scientific Magazine of Occupational Therapy, our commitment arises in being professional. The result shows a "target" publication, that becomes an "act". **Results:** our revision offers two clear slopes, to be able to BE, it is necessary to MAKE. And the other one complementary to this, it is that the BEING links to what we MAKE. **Conclusions:** From TOG Magazine, we believe that the commitment with our profession, not only ends up in our daily intervention, but it continues with what the AOTA settles down in its practice standards and our ethical code as professionals, meaning in the promotion, development and diffusion of the same one.

From TOG Magazine, supported by the Professional Association of Occupational Therapists from Galicia and with the support of a great part of the professional community of Spanish and non Spaniards Occupational Therapists, we feel that we are serving to this concept previously noted COMMITMENT.

During the exhibition of this communication, we will revise the evolution of the TOG Magazine and of their members.

KEYWORDS Journal TOG, Occupational Therapy, Commitment, Encounter.

MESH Occupational Therapy.

INTRODUCCIÓN:

El saber, se transmite por medio de acciones encaminadas a su difusión. El libro, la primera de las fuentes de transmisión de conocimientos en forma escrita, fue acuñado y difundido no sin grandes contratiempos. Poseer un libro otorgaba un poder sobre la persona que no podía acceder a él, el poder de la cultura, del saber y sobre todo del pensamiento. Las primeras bibliotecas, se encontraban casi siempre en manos de las únicas personas que tenían acceso a la cultura, privando de posibilidad a aquellas que ni tan siquiera sabían leer.

Con el paso de los años, las diversas revoluciones acontecidas en la sociedad, y sobre todo el marcado carácter de divulgación ante la información, nos hace contemplar como tras años de lucha la cultura y el saber, se encuentra en las manos de todos.

Los métodos de acceso a muchas fuentes de conocimiento, se reducen a una sola palabra en la actualidad INTERNET. Un solo condicionante, un solo botón supone en ocasiones conectar con la mayor biblioteca de datos que jamás se pudiera imaginar. Llena de letras, números, pensamientos, ideas, documentos gráficos.

Los libros, siguen permaneciendo entre nosotros. Los libros digitales se abren paso a marchas aceleradas en una sociedad, donde incluso desde nuestro móvil (Sistema telefónico en el que la conexión entre el aparato portátil y la central se realiza mediante ondas hercianas. RAE 2006), podemos obtener la información del tiempo o las noticias en tiempo real de lo que acontece a miles de kilómetros.

En nuestra vida, ese tipo de complementos comienzan a ser habituales, en términos del Modelo de Ocupación Humana, estaríamos hablando de que manejar teléfonos móviles o Internet corresponde a la habituación del ser humano, que instrumentaliza esta acción y la hace suya sin pensar. Una duda es resuelta sentado en la Biblioteca Nacional de España, pero con una salvedad, lo haces a través del ordenador de tu casa o trabajo.

Esta situación de vida, mueve a las personas a buscar datos que llenen esas dudas, que cubran la historia de lo que fue y de lo que es, que se localice información que buscas y que en muchas ocasiones encuentras.

Con relación a las búsquedas históricas, "uno busca lo que anhela saber, para obtener respuesta a su deseo de conocer de donde es, que hace en ese momento y cual puede ser su posible futuro".

El grupo humano inicial que conformaba Revista TOG, se movilizó con una sola idea, "la promoción de nuestra disciplina". Si hacemos referencia a nuestra historia, en España, exceptuando el Boletín de APETO, ahora Revista de APETO eran escasas las publicaciones periódicas sobre nuestro saber.

Por ese motivo, la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO), abaló en todo momento esta publicación. Una revista, con marcado carácter científico, con una publicación semestral que intenta cubrir junto a otras publicaciones en castellano (Revista informativa de APETO, REITO, Revista de Anales de Ciencia de Salud de Zaragoza, www.terapia-ocupacional.com ,Revista de la Asociación Asturiana de Terapia Ocupacional y Spanish Journal of Occupational Therapy) uno de esos vacíos que existen en nuestro colectivo.

Es decir, nuestro concepto principal, surge ligado al compromiso de muchas personas que al igual que su director, creen que una Revista Científica, puede aglutinar a muchos profesionales, sirviendo de promoción a la profesión que sienten suya.

De la inquietud y el deseo por hacer, surge lo que más tarde se denominará Revista de Terapia Ocupacional Galicia, más conocida como Revista TOG.

METODOLOGÍA

Establecemos, la hipótesis que una persona se puede encontrar más interesada cuando lo que hace lo hace con deseo. El deseo surge de la significación que le damos a lo que hacemos y queremos hacer. Este deseo nos mueve a realizar los actos. Pero para que todo esto suceda una persona tiene que sentir que lo que desea es lo más significativo para él.

Esta sensación, es la que queremos mostrar, para hablar del compromiso. Un valor estrechamente ligado a la persona, que desarrolla desde lo más interno de su forma de ser. Las hipótesis que nos llevan a justificar este compromiso serían por tanto:

¿Una persona comprometida con su profesión se podría decir que es (SER) Terapeuta Ocupacional o que hace (HACER) Terapia Ocupacional?.

¿De que manera personas comprometidas se encuentran y comparten experiencias?

La búsqueda del sentido a esta hipótesis se estructura pues de la siguiente forma:

Primer planteamiento:

El planteamiento de **estar** ocupados o **mantener** una ocupación, se circunscribe al valor cultural y social del individuo, al vínculo con su ambiente, a la tarea, al desarrollo de sus valores, y sobre todo, al nivel de compromiso establecido con la consecución de sus logros. Es decir, una persona se "**sentirá**" ocupada si su nivel de compromiso con la tarea se ajusta a su rendimiento personal. Aunque puede suceder, que **sienta** ese **hacer** como una ocupación.

El **sentirse** ocupado o **mantener** una ocupación en ambientes normalizados, pasa por la selección y elección voluntaria de la persona, que decide por si misma en función de ciertas variables que forman un constructo y que no pueden verse por separado, entre ellos están: la cultura, el ambiente, las capacidades, las habilidades, las motivaciones, los valores, y las necesidades. La realidad que cada uno vive es por que "es". Es vital y se siente; y se puede intelectualizar: **es conocimiento**. Esta fuente de enriquecimiento de los valores y los actos, ofrece la unión suficiente para la toma de posesión del propio ser. Es decir somos y hacemos por medio de nuestros ojos, que ven nuestra propia realidad: *Vemos a través del ser, pero con los ojos inmersos en el ser..* Este ser se encontrará por tanto influenciado por el ambiente (por el mundo que nos rodea).

Así, **hacer una ocupación**, incluye la *participación de la persona* sobre las tareas y los elementos sociales. Tareas grupales o individuales que desarrollan capacidades y tienen a orientar al usuario al proceso final de la misma. Acciones enfocadas a las Tareas y al contexto social, con el propósito de desarrollo de destrezas funcionales (Finlay, L. 1993).

Mientras que **sentirse vinculado al nivel ocupacional**, es decir SER, ofrece un enfoque personal hacia la comunicación, *elaborando* un trabajo de acciones encaminadas a la introspección personal. Con el propósito de intercambiar experiencias y formas de hacer así como la expresión y

exploración de sensaciones, enfatizándose más en el proceso que en el resultado final. (Finlay, L. 1993)

El sentido de la ocupación, es entonces el resultado de un conjunto de sentimientos, pensamientos, necesidades y compromisos personales que dan valor a una realidad. Realidad que el usuario materializa en **hacer una ocupación o en sentirse vinculado en el ámbito ocupacional**.

Opciones que no son opuestas, si no que se complementan ya que no hay acto sin ser, ser sin acto y acto sin idea.

Desde Revista TOG, en todo momento hemos apostado por el “sentirse”, comprometidos, y no hacer de esta revista un mero acto de hacer.

Segundo planteamiento:

Este compromiso los que formamos TOG, creció en el momento en el que cada uno expuso su contribución a la misma. Al más puro estilo Psicodinámico podemos hablar que se produjo un “encuentro”. (Acto de coincidir en un punto dos o más cosas, RAE 2006).

Este nexo vamos a tomarlo prestado de la orientación Psicodramática. Por su contenido y por su simbología, por su representatividad, por lo que significa, por lo que ofrece y sobre todo por su flexibilidad y su concepción dinámica.

El símbolo del encuentro, deja paso al encuentro mismo y concentra sobre él todas las expectativas. De esta manera un profesional con sus características ocupacionales, comparte espacio con otra persona que puede presentar diferentes ritmos de tarea y/o actividad. Como se produce y como se desarrolla la evolución de este encuentro, facilita que dos o más personas se vinculen a niveles de compromiso hasta entonces inesperados. Es en este momento, cuando las relaciones que se establecen entre personas, facilitan y perfilan las diferentes manifestaciones ocupacionales.

Es el instante en el que las necesidades, los valores y capacidades de cada persona interactúan con las del resto de sus compañeros. Lo más llamativo de este encuentro, es, que el momento en el que se produce se producen experiencias particulares, en el que se establecen otros compromisos, en el que se comparte uno o varios niveles ocupacionales.

Sentirse Ocupacionalmente o hacer una ocupación, pasa por dar valor al momento en el que se toma esa decisión, solo en el momento en el que la persona **sienta**, podremos decir que contempla la ocupación en toda su magnitud, y tenemos que tener claro que cada persona responde de maneras bien diferentes en función del momento en el que se encuentre.

En la Revista TOG, encontramos, y nos encontramos, un grupo de profesionales que con el compromiso y su "SER" Terapeuta Ocupacional,

favorece el crecimiento esta publicación y que cada día sean más las personas que confíen en ella, sean más los proyectos que surjan de ella.

RESULTADOS

Las resultantes de nuestra revisión ofrecen dos vertientes claras, para poder SER hay que HACER. Y la otra complementaria a esta que relaciona lo que somos (SER) a lo que HACEMOS. Es decir un profesional se puede sentir comprometido a realizar una actividad siempre cuando esa sea significativa para él, se encuentre en su escala de valores y la gradúe como eso, como algo significativo. Desde TOG, queremos reconocer ese valor de significación en todos los miembros de esta publicación. Sentido este que surge del verdadero ser de un profesional, no solo implicado en su trabajo diario, sino en la difusión y promoción de la disciplina.

Trasladado al plano real, podemos decir que para poder hablar de una profesión que tiene recursos y ofrece sólidos resultados, tenemos que ser capaces de hacer que cada vez más aparezcan referencias científicas a la misma. No podemos ofrecer la visión de ser esa disciplina sólida, sin poder ofrecer los contenidos que nos hace ser profesión científica.

La Revista TOG, comienza su andadura en el año 2002, pero hasta el año 2004, no ofrece el primer número. Ese Diciembre del 2004 se convertiría en la fecha en la que timidamente y con muchas

expectativas se ofrecen los primeros contenidos de TOG. Un número, mimado desde todos sus comités, con una selección de artículos basados en criterios de científicidad y con unas aspiraciones de llegar a los profesionales.

Revista TOG, en la actualidad (marzo 2007) está formado por un total de 48 personas. En sus comienzos, fueron 4 personas (D. Miguel Ángel Talavera Valverde, Dña. Nereida Canosa Domínguez, Dña. Marta Blanco Vila y Dña. Lina Mallón Cabanzo) las que se constituyeron como comité editor de Revista TOG, tras su ratificación en Asamblea Ordinaria de la APGTO.

A este grupo, se unió el comité asesor que en todo momento, liderado por Dña Uxia Gutiérrez Couto, supone el empuje en materia de científicidad a la publicación. Sus criterios para la admisión de artículos, el estilo y la estructura, son su piedra angular. En la actualidad las constantes recomendaciones que este comité realiza al comité editor, ofrecen los estándares de científicidad en la revista, siendo cada vez mas elevado el factor de impacto de Revista TOG entre los lectores.

A estos comités se le fueron uniendo los comités científicos nacionales e internacionales. Comités que se enriquecieron con las aportaciones de estos profesionales.

Una de las principales inquietudes de Revista TOG, es hacer que el resto de comunidades y profesionales se encuentren reflejados en este proyecto, la idea, inicial fue hacer una publicación que aunque tuviera una edición por parte de la APGTO, se considerara de todos. En la que todos tuvieran cabida para poder ofrecer sus contenidos, en llegar a ser una de la revistas, junto con las ya existentes que ofreciera apoyo teórico y soporte científico.

Los demás comités (estilo, y de difusión), se incorporan entre el número 1 y 4 de la revista, ofreciendo revisiones a esos ámbitos. El grupo de traductores, creció ante las necesidades de la Revista, pasamos de tener un solo revisor Dña Rocío García Vila, a constituir un comité de traductores, dirigidos por Dña. Cristina Gutiérrez Borge, y que cuenta en la actualidad con un total de 6 personas.

Tras dos números publicados de Revista TOG, el comité asesor plantea la posible inclusión en bases de datos nacionales e internacionales, y reponedores de revistas, pudiendo de esta forma cumplir uno de los objetivos establecidos al principio de la creación de esta revista.

En el momento, podemos decir que TOG se encuentra en:

DIALNET <http://dialnet.unirioja.es/>

CUIDEN <http://www.doc6.es/index/>

DIRECTORIO DE REVISTAS DE ACCESO ABIERTO

<http://www.doaj.org/>

FISTERRA.COM <http://www.fisterra.com/index.asp>

LATINDEX <http://www.latindex.unam.mx/>

Nuestra intención, es la de poder incorporarnos a bases de datos en las que TOG aparezca con la relativa científicidad que todos esperamos.

Actualmente (Marzo 2007), tenemos publicados 5 números con un total de 48 artículos, que ofrecen una visión amplia en todos los puntos de vista de la profesión.

Hablar de artículo científico, es señalar que entre otras cosas la calidad de estos, es una de las piedras angulares necesarias antes de publicarlos. Las revisiones por pares manteniendo el anonimato del artículo entre revisores, los criterios de estilo impuestos por el comité, y sobre todo intentar mantener la estructura científica de los artículos, son actividades que desde Revista TOG, seguimos muy de cerca.

Durante estos 5 números, se han realizado más de 2000 horas de revisión y ajuste de los artículos de Revista TOG, por parte de los diferentes comités y traductores que conforman Revista TOG. Esta carga de trabajo, repercute indiscutiblemente en la calidad de lo publicado.

La dimensión de Revista TOG en la actualidad, sorprende a todos los que la conformamos, que vemos cada día como se consolida siendo un referente junto a otras publicaciones periódicas (revistas o paginas con marcado carácter de recepción y difusión de artículos). Estas cronológicamente ordenadas serían, a saber:

Revista informativa de APETO (en papel)

REITO (electrónica)

Revista de Anales de Ciencia de Salud de Zaragoza (en papel);

www.terapia-ocupacional.com (electrónica)

Revista TOG www.revistatog.com (electrónica).

Revista de la Asociación Asturiana de Terapia Ocupacional (en papel).

Spanish Journal of Occupational Therapy (electrónica).

Gracias a la difusión obtenida por Revista TOG, podemos apreciar el reconocimiento de los Terapeutas Ocupacionales, que cada día, envían sus artículos, pudiendo en estos momentos presentar una base de datos de artículos en revisión, aspecto este importante para seleccionar los artículos que sí reúnan los criterios de publicación.

El compromiso de Revista TOG, va ligado indiscutiblemente al saber científico de la profesión y la difusión de la misma mediante su web.

CONCLUSIONES

Los profesionales que trabajamos en Revista TOG, somos personas comprometidas con la disciplina, con el sentido de SER Terapeutas Ocupacionales. Somos personas que tras nuestro rol profesional se muestran con ganas de ofrecer una publicación seria. Somos 50 personas aproximadamente las ofrecemos de forma totalmente voluntaria y altruista nuestra labor con la Revista TOG, y me es grato poder decir que todos ellos trabajan día a día con ese compromiso que les caracteriza en conseguir de Revista TOG una publicación sólida.

Este compromiso con la profesión, nombrado en nuestros estándares de la profesión, es lo que cada vez más se deja entrever en Revista TOG.

Compromiso y encuentro con otros profesionales del territorio nacional y del extranjero. Un compromiso que tras esta iniciativa, se intenta extender y hacer participe a todos los profesionales sean de la comunidad que sea. De ahí la variedad de esta Revista, de ahí la riqueza y su resultado. Con el respaldo obtenido por la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Galicia y gran parte del colectivo profesional de Terapeutas Ocupacionales Españoles y extranjeros, sentimos que estamos sirviendo a este concepto anteriormente nombrado COMPROMISO, ofreciendo a Revista TOG como ese punto de encuentro entre todos ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bredell Crepeau, E.; Cohn, E.S.; Boyt Schell, B.A.: Willard & Spackman´s. Occupational Therapy. Tenth Edition. Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
2. Canosa Domínguez, N.; Díaz Seoane, B.; Talavera Valverde, M.A. (2003): *"Terapia Ocupacional. importancia del contexto"*. Conferencia presentada al III

- Congreso virtual "Integración sin barreras en el siglo XXI" Red de integración especial (redespecial web). noviembre 2002.
3. Frankl, V.: El hombre en busca de sentido. Ed Herder.1979.
 4. Hagerdon, R. Fundamentos da practica em terapia ocupacional. (traducao Jose Batista) Sao Paulo. Ed. Dynamis Editorial. 1999.
 5. Moreno Rodríguez, R.La documentación científica en terapia ocupacional: evolución y perspectivas. . Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006, num 4
 6. Rojas Bermúdez, J. Teoría y Técnicas Psicodramáticas. Edit. Paidos. 1997.
 7. Santos del Riego, S. La Terapia Ocupacional española: un momento histórico. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006, 3
 8. Sciacca, M.F.: Acto y Ser. Edit. Luis Miracle, S.A.- Barcelona. Primera edición de 1961.
 9. Talavera Valverde, M.A. Carta del director. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006, 3.
 10. Calidade e Convergencia Europea en Terapia Ocupacional" (curso de formación). Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña. 2005.

COMUNICACIONES DE ESTUDIANTES

Las actitudes hacia las personas con discapacidad y su influencia en situaciones de vulnerabilidad social

Dña. Rocío Valseira Prieto

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia ocupacional. Universidad de Extremadura

Tutores:

Victor M. López Ramos

Facultad de Formación del Profesorado. Universidad de Extremadura.

Isabel Ruiz Fernández

Facultad de educación. Universidad de Extremadura.

Valseira Prieto R. Las actitudes hacia las personas con discapacidad y su influencia en situaciones vulnerabilidad social. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.398-426p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Esta comunicación analiza las actitudes hacia las personas con discapacidad y su influencia en situaciones de vulnerabilidad social, aportando propuestas de intervención para su modificación. Esta participación se encuadra en una investigación sobre las actitudes hacia las pcd en la Universidad de Extremadura, donde llevamos a cabo un estudio centrado en los alumnos. El trabajo se realizó sobre 1001 alumnos de 31 titulaciones utilizando un cuestionario creado *ad hoc* con 44 ítems según escala tipo Lickert. Los resultados concluyen que son las mujeres las que expresan actitudes más positivas, que existen diferencias según la titulación cursada y que los alumnos que tienen algún tipo de contacto con pcd expresan actitudes más positivas. Las actitudes también se generan en grupos sociales determinados con características concretas. Esa pertenencia hizo que nos planteáramos también la relación con la vulnerabilidad social, investigando sobre los factores para situar a las pcd en el límite de la inclusión social. Los resultados sobre las actitudes se relacionan con las indicaciones sobre vulnerabilidad. Las propuestas de actuación inciden en promover programas de cambio de actitudes en los ámbitos en los que la situación de las pcd es muy sensible a la exclusión social, y que los conceptos de actitudes y vulnerabilidad social son esquivos y equívocos, de gran dinamismo y de difícil concreción práctica, considerando necesaria más investigación en este ámbito.

DECS Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

This communication analyzes the attitudes toward people with disability and its influence in situations of social vulnerability, providing intervention proposals for its modification. This participation is framed in an investigation about the attitudes toward the *pcd* in the University of Extremadura, where we carried out a study focussed on students. The work was carried out on 1001 students of 31 different studies using a questionnaire created *ad hoc* with 44 items according to scale type *Lickert*. The results also conclude that they are the women those that express more positive attitudes; they also conclude that they are differences according to the studies of people and that the students that have some kind of contact with pcd express more positive attitudes. The attitudes are also generated in certain social groups with concrete characteristics. That ownership made us thinking about the relationship with the social vulnerability, investigating about the factors to locate the pcd in the limits of the social inclusion. The results about the attitudes are related with the indications of vulnerability. The performance proposals impact in the promotion of programs of change of attitudes in the environments in those the situation of the pcd is very sensitive to the social exclusion; and that the concepts of attitudes and social vulnerability are evasive and misunderstanding, with great dynamism and difficult practical concretion, considering necessary more investigation in this scope.

MESH Occupational Therapy.

1. INTRODUCCIÓN

Que las personas con discapacidad (pcd) han de enfrentarse cotidianamente a barreras de toda índole, físicas y no físicas es, sin duda, una palmaria realidad. Y también es evidente que la manera en que afronten dichos obstáculos resulta determinante para una normalización plena en todos los ámbitos sociales. De esta forma, mientras persistan dichas barreras y obstáculos debemos seguir considerando a las pcd en riesgo de vulnerabilidad social. Y decimos que *debemos seguir* porque hasta hace relativamente poco tiempo las pcd han constituido un colectivo inmerso en una marcada exclusión social.

Sin embargo, en el conjunto de las barreras de naturaleza no física, las actitudes que los demás muestren hacia las pcd son especialmente decisivas a la hora de generar una particular percepción de vulnerabilidad social hacia aquellas. Efectivamente, puede que las actitudes no sean, en si mismo, una barrera a la integración y normalización, sino que funcionan como un factor determinante más para que se consoliden los impedimentos y dificultades de accesibilidad, plena integración y funcionamiento normalizado. Pero, tanto las actitudes como la exclusión social son constructos multidimensionales y dinámicos, por lo que su estudio y puesta en relación siempre ha de llevarse a cabo de forma especialmente minuciosa, ya que los factores, agentes y elementos de los que dependen están sujetos, por un lado, a las contestaciones subjetivas a cuestionarios y entrevistas (caso de las actitudes) y por otro, a

indicadores sociales estandarizados de los que se colegirá la correspondiente situación de vulnerabilidad (caso de la exclusión social).

Esta comunicación pretende realizar una aproximación a la posible influencia en las situaciones de vulnerabilidad social de las pcd, de las actitudes que se manifiestan hacia ellas, para poder determinar si, efectivamente, un tipo u otro de actitudes las hace más o menos vulnerables socialmente, con el fin de poder plantear propuestas de intervención dirigidas fundamentalmente al cambio de actitudes, a través de programas específicos de formación y aprendizaje.

2. DIMENSIONES Y REALIDAD SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD

Hoy día, la discapacidad no puede ser entendida como un proceso que tiene su locus de control exclusivamente en el individuo, sino en procesos sociales amplios, dinámicos y diferentes, o lo que es lo mismo, en el conjunto de posibilidades que ofrece el marco social: relaciones personales, laborales, económicas, afectivas, etc.

Afortunadamente, adquieren cada vez más consistencia las ideas que definen la discapacidad en función de la relación entre las personas y su entorno, como una pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad. Este cambio de enfoque, que

se centra en el entorno, y no en las habilidades de las personas, aisladas entre sí, ofrece por primera vez una perspectiva multifuncional del proceso de normalización a lo largo de todo el ciclo vital. Y es este carácter dinámico y flexible el que, teóricamente, debería allanar el camino a la plena participación de una manera más eficaz y pragmática, frente a las actuaciones basadas exclusivamente en la intervención sobre las pcd, pero no en el entorno, o al menos no lo suficiente.

Por otro lado, precisamente se desarrolla este enfoque basado en la interacción social cuando cobra mayor vigencia una globalización mundial que abarca la economía, los servicios y, sobre todo, las comunicaciones, y que facilita, al menos teóricamente, a gran parte de la población mundial el acceso a una vasta información, en lo que se ha venido a llamar la "aldea global". En este sentido, la OMS lleva mucho tiempo intentando aportar una fórmula clasificatoria que ayude, con el mayor consenso internacional posible, en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad. La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud), publicada en 2002, es la más reciente y acertada solución hasta la fecha. Es aquí donde el problema de la discapacidad, entendida globalmente, se contempla como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desenvuelve, o lo que es lo mismo, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las

mismas, y las interacciones con los factores externos medio/ambientales que pueden actuar como barreras o ayudas (Querejeta, 2004).

En cuanto a esta nueva clasificación, nos parece importante destacar que la OMS pretende descartar ya, por equívoco, el término "minusvalía", reconvirtiendo también el término y el concepto de "discapacidad" como nombre de un componente (de las dificultades para realizar alguna actividad) hacia un término genérico global para las tres perspectivas: corporal, individual y social. Así, de un modelo centrado en elementos fundamentalmente psico-biológicos del individuo, se pretende pasar a una clasificación centrada en el contexto en el que se desenvuelve la persona, es decir, basada en elementos bio-psico-sociales.

Y todas estas consideraciones expresan los factores principales para poder establecer, a nuestro juicio, la estrecha relación existente entre discapacidad y vulnerabilidad social. Cuanto más globalizada están las sociedades actuales, cuanto más entendamos la discapacidad en función de las relaciones sociales y cuanto más consideremos a las pcd como dificultadas en su funcionamiento, pero no impedidas, mejor comprenderemos la particular situación de las pcd en el límite de la exclusión social.

3. LA VULNERABILIDAD SOCIAL: CONCEPTO, FACTORES Y COLECTIVOS

Es un hecho que nuestra sociedad genera cada día nuevos excluidos y sobretodo vulnerables, es decir, personas con posibilidad de exclusión social, debido a la inestabilidad y la liquidez instauradas en la sociedad (Bauman, 2002), tanto en las relaciones personales como en el sistema laboral. Castel (en Alvarez-Uría, 1992) habla de una zona de vulnerabilidad social que oscila entre la marginación y la exclusión.

El concepto de exclusión social hace referencia a un proceso de paulatina vulnerabilidad que afecta a diferentes sectores sociales, y que se concreta en una precariedad laboral, residencial, económica, etc. La exclusión social es un fenómeno de carácter estructural, inherente a la evolución de un sistema económico y social que la concibe y sustenta. La exclusión social no implica sólo reproducir las desigualdades "clásicas", sino que supone situaciones generadas por la existencia de nuevas fracturas sociales y la ruptura de las coordenadas más básicas de la integración: la participación en el mercado productivo, el reconocimiento público y la participación política, y la adscripción social y comunitaria que proporcionan la familia y/o las redes sociales (Subirats, 2004).

Pero la exclusión social es realmente un proceso dinámico en constante expansión que cada vez afecta a más personas, y más diversas. Por otro lado, no sólo es un fenómeno, sino también un problema social, y las mediaciones políticas y la acción institucional y social pueden convertirse igualmente en elementos constituyentes del propio fenómeno.

La exclusión social se define, por tanto, como una situación concreta fruto de un proceso dinámico de acumulación, superposición y/o combinación de diversos factores de desventaja o vulnerabilidad social que pueden afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal, de inserción sociocomunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social (Subirats, 2004).

En este sentido, podríamos decir que el concepto de vulnerabilidad social determina toda una serie de situaciones que se hallan presididas por un equilibrio social precario que puede verse transformado en exclusión social mediante un proceso de intensificación o aparición de nuevos factores de exclusión que pueden o no estar relacionados con el resto de factores preexistentes.

En la Tabla 1 se reproduce una perspectiva integral de la exclusión social, delimitando algunas áreas fundamentales de la vida de las personas, a partir de las cuales se pueden generar más fácilmente procesos de

vulnerabilidad y exclusión; esta perspectiva integral se resume en diez grandes factores de exclusión o vulnerabilidad social, recogidos, por orden de importancia, en la Tabla 2. Paralelamente a estos factores, se dan una serie de circunstancias que originan mayores niveles de vulnerabilidad, como son el género, la edad o el origen de las personas afectadas.

Tabla 1

Ámbitos	Principales factores de exclusión	Ejes de desigualdad social		
<i>Económico</i>	<i>Pobreza económica</i>	<i>Género</i>	<i>Edad</i>	<i>Etnia / procedencia / lugar de nacimiento</i>
	<i>Dificultades financieras</i>			
	<i>Dependencia de prestaciones sociales</i>			
	<i>Sin protección social</i>			
<i>Laboral</i>	<i>Desempleo</i>			
	<i>Subocupación</i>			
	<i>No calificación laboral o descalificación</i>			
	<i>Imposibilidad</i>			
	<i>Precariedad laboral</i>			
<i>Formativo</i>	<i>No escolarización o sin acceso a la escolarización obligatoria integrada</i>			
	<i>Analfabetismo o bajo nivel formativo</i>			
	<i>Fracaso escolar</i>			
	<i>Abandono prematuro del sistema educativo</i>			
	<i>Barrera lingüística</i>			
<i>Socio-sanitario</i>	<i>No acceso al sistema y a los recursos socio-sanitarios básicos</i>			
	<i>Adicciones y enfermedades relacionadas</i>			
	<i>Enfermedades infecciosas</i>			
	<i>Trastorno mental, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia</i>			
<i>Residencial</i>	<i>Sin vivienda propia</i>			
	<i>Infravivienda</i>			
	<i>Acceso precario a la vivienda</i>			
	<i>Malas condiciones de habitabilidad</i>			
	<i>Espacio urbano degradado, con deficiencias o carencias básicas</i>			
<i>Relacional</i>	<i>Deterioro de las redes familiares</i>			
	<i>Escasez o debilidad de las redes familiares</i>			
	<i>Escasez o debilidad de redes sociales</i>			
	<i>Rechazo o estigmatización social</i>			
<i>Ciudadanía y participación</i>	<i>No acceso a la ciudadanía</i>			
	<i>Acceso restringido a la ciudadanía</i>			
	<i>Privación de derechos por proceso penal</i>			
	<i>No participación política y social</i>			

Fuente: Subirats, J. (Dir.). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea.* Fundación La Caixa.

Tabla 2

LOS FACTORES DE EXCLUSIÓN	
1) Desempleo protegido	6) Precariedad laboral
2) Enfermedad o Discapacidad	7) Analfabetismo
3) Nivel formativo muy bajo	8) Aislamiento relacional
4) Pobreza severa	9) Precariedad económica asistida en el hogar
5) Falta de experiencia laboral por trabajo doméstico	10) Dificultades económicas en el hogar

Fuente: Subirats, J. (Dir.). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea.* Fundación La Caixa.

3. DISCAPACIDAD Y VULNERABILIDAD SOCIAL.

Creemos que sería un grave error que los constantes esfuerzos realizados y los logros conseguidos hasta ahora en materia de integración de las pcd, pudieran ocultar el elevado grado de vulnerabilidad social en el que se encuentran 37 millones de ciudadanos de la Unión Europea (un 10% de su población), por el hecho de tener algún tipo de discapacidad. En España las pcd suman un total de 3,5 millones, aproximadamente el 9% de la población.

Es indudable la estrecha vinculación entre discapacidad y vulnerabilidad social, hasta el punto de que, como se ha indicado con anterioridad (Tabla 2), la discapacidad (unida a la situación de enfermedad) supone un factor fundamental de exclusión.

Tal como señalaba el Presidente de la Fundación ONCE en un exhaustivo informe sobre las pcd en los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social, presentado en la reunión del Comité de Política Social del Foro Europeo de la Discapacidad (EDF) –noviembre de 2001–, en el año 2000, los Consejos Europeos de Lisboa y Niza instaron a los Estados miembros a iniciar acciones en materia de empleo, innovación, reforma económica y cohesión social para reducir los riesgos de exclusión social y pobreza. En respuesta a estos objetivos comunes a favor de la inclusión social, cada Estado miembro elaboró un Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (PAN/inclu.). En estos PAN/inclu. aparecen las pcd como grupo vulnerable, que puede verse segregado hacia los extremos críticos de la exclusión social, por su exposición permanente a numerosos factores de riesgo, no pudiendo alcanzar o mantener los estándares mínimos de pertenencia integrada en nuestra sociedad.

Todos los Estados miembros de la Unión Europea reconocen las altas tasas de desempleo y la baja formación y cualificación profesional de las pcd como los principales riesgos de exclusión para este colectivo. Los distintos PAN/inclu. abordan el problema conjugando las políticas pasivas de prestaciones por desempleo y pensiones de invalidez, con otras de carácter más activo, orientadas a incentivar la formación ocupacional de la pcd y su inserción laboral.

Pero la situación de las pcd también se ve condicionada por otros riesgos no menos importantes e íntimamente relacionados también con el desempleo y la deficiente formación. De esta forma, podemos señalar que los indicadores fundamentales en cuanto a la vinculación entre discapacidad y vulnerabilidad, hacen referencia a:

- **El Empleo**, donde podemos distinguir:
 - *Escasa formación profesional.*
 - *Necesidad de empleo protegido.*
 - *Promoción del empleo con apoyo.*

- **El Género**, donde encontramos grandes diferencias entre la situación de hombres y mujeres con discapacidad, en lo que se viene denominando ya la doble discriminación de las mujeres con discapacidad (Arnau, 2004).

- **La Educación / Formación**, referido a:
 - *Todos los niveles educativos, pero especialmente a la necesidad de integración y normalización de las pcd en los estudios universitarios.*
 - *El acceso a las TIC y con ello a la sociedad de la información.*

- **Las Relaciones sociales**, referidas fundamentalmente al mantenimiento de relaciones de amistad y al establecimiento de nuevas relaciones.

4. LA IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES HACIA LAS PCD

Uno de los principales conceptos relacionados con la identidad social de las pcd es, sin duda, el término de actitud. Es un hecho que las actitudes hacia las pcd tienen una importancia determinante no sólo en la imagen y percepción que se tiene hacia ellas por el conjunto de la población sin discapacidades, sino también en el proceso de integración y normalización de aquéllas en su contexto social y en la valoración de su propia imagen personal.

Todas las sociedades que se han sucedido a lo largo de la historia han establecido, cada una en su momento, una serie de patrones valorativos que, en líneas generales, estimaban de manera excesiva determinadas cualidades y capacidades de las personas, rechazando así a aquellos que no eran, o que no llegaban, a los niveles indicados como normales. Pero actualmente, esa estimación se ha hecho particularmente exagerada respecto de la inteligencia, la imagen personal o la habilidad para ganar dinero, excluyendo a aquellas personas que no son (lo suficientemente) inteligentes, que no son (lo suficientemente) atractivas o que no triunfan (lo suficiente) social y económicamente. De esta manera, los términos ponen de manifiesto la

evolución de las actitudes profesionales y sociales, aunque los cambios de nombre dejan intactos los prejuicios de la mayor parte de las personas. Hay, por lo tanto, que modificar los valores y actitudes que subyacen a esas expresiones, y no suponer que es un asunto meramente terminológico que sólo requiere un cambio de nombres (Verdugo, 1995).

Las actitudes que los demás manifiestan hacia las personas con discapacidad son importantes para ellas por muy diversas razones, de entre las que destaca el hecho de que les afectan en tres niveles fundamentales, tal y como señala Altman (1981).

En cuanto a la interacción con compañeros y personas cercanas o relevantes de su entorno, familiares y amigos íntimos, debe decirse que estas personas, generalmente muestran un mayor grado de aceptación y apoyo a las pcd, mientras que sus compañeros no tienen porqué comportarse del mismo modo. Sin embargo, las actitudes de unos y otros tienen un efecto importante no sólo en el desarrollo del autoconcepto de las pcd, sino también en la socialización del individuo dentro de las actividades propias de su entorno. Por su parte, las actitudes hacia las pcd también tiene importancia en la adecuada relación con profesionales, tales como profesionales de la salud, educación y trabajo social, asesores y empresarios. Todos ellos de una u otra manera influyen en las direcciones que toma la vida de la pcd, dado que estos profesionales son importantes proveedores de información y servicios.

Finalmente, las actitudes hacia las pcd tienen influencia en la población general. Esta influencia tan sutil pero persistente es la que gobierna las interacciones cotidianas y la que afecta, con su ayuda o rechazo, a los estilos de vida que desarrollan las pcd. Existen actitudes negativas o ambivalentes ante las pcd, pero a esto creemos oportuno añadir dos ideas. En primer lugar, que los efectos de estas actitudes negativas predominantes en la población pueden minimizar incluso los efectos positivos de su rehabilitación condicionando de esta forma su recuperación (Roeher, 1985). En segundo lugar, que la persistencia de estas actitudes negativas a lo largo de su vida llega a conseguir que las propias pcd compartan los mitos sobre su discapacidad que el resto les imponen (Fichten, Robillard, Judd y Amsel, 1989) e, incluso, que valoren de forma más positiva a la persona sin discapacidad y más negativa a las personas con su misma discapacidad en procesos de rehabilitación y a las personas con otras discapacidades.

5. ACTITUDES HACIA LAS PCD Y VULNERABILIDAD SOCIAL

La aportación que presentamos aquí se enmarca en un proyecto de investigación global que pretende conocer con precisión cuál es la realidad de las actitudes hacia las pcd en el conjunto de los colectivos que constituyen la Universidad de Extremadura. Recientemente (López, 2004) se llevó a cabo una investigación centrada en los alumnos, de la que expondremos sus resultados más significativos a continuación. Al hilo de dicha investigación, y contando con

los datos aportados sobre los que basarnos, nos planteamos conocer también la posible vinculación entre las actitudes manifestadas y los factores de vulnerabilidad social que se manejan para las pcd.

La investigación se planteó varios objetivos, entre los cuales destacamos aquí el referido a definir los factores determinantes a la hora de expresar las actitudes y cómo influyen en el conjunto de la población, que consideramos tiene un relación directa con el ámbito de la vulnerabilidad social.

El trabajo se realizó sobre un total de 1001 alumnos, elegidos de manera aleatoria y estratificada, adaptada al número de alumno por centro y titulación, y pertenecientes a 31 titulaciones universitarias. Entre estas titulaciones figuraban, obligatoriamente, carreras de todos los campos científicos, algunas de ellas de contrastada relevancia social, otras directamente relacionadas con el ámbito de la discapacidad e igualmente algunas sin ninguna relación aparente con dicho ámbito.

Para llevar a cabo las entrevistas se elaboró un cuestionario "ad hoc" con 44 items, de acuerdo a una escala tipo Lickert. Las variables sociodemográficas hacían relación al género de los encuestados, a la titulación, al lugar de residencia familiar, al nivel de estudios universitarios, a la ocupación, al contacto con pcd y al tipo de discapacidad que tenían (si tenían). Otras variables fueron extraídas de los factores definidos por el análisis factorial,

efectuado con rotación Varimax y con datos de origen en las puntuaciones del cuestionario (Tabla 3).

Tabla 3

Porcentaje de varianza explicado por los factores del cuestionario

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

	Total	% de la varianza	% acumulado
Discapacidad en el ámbito educativo	5,786	13,149	13,149
Normalización social	2,763	6,280	19,429
Prejuicios socio-grupales ante la discapacidad	1,823	4,144	23,573
Discapacidad e integración laboral	1,500	3,410	26,983
Elementos afectivo-emocionales	1,383	3,144	30,127
Atribuciones psico-sociales	1,338	3,041	33,168

Fuente: López (2004)

De los resultados de la investigación, que se muestran gráficamente en las tablas siguientes, se colige una serie de conclusiones especialmente interesantes en relación con el tema planteado en esta comunicación. Efectivamente, podemos observar como son las mujeres las que manifiestan actitudes más positivas hacia las pcd que los hombres. También existen diferencias particularmente significativas en las actitudes expresadas en cuanto a la titulación que realizan los encuestados. Y una última variable diferenciadora es la que hace referencia a si se tiene, o no, contacto con pcd; los resultados confirman lo que, en principio puede parecer normal, que aquellos que indican

tener algún tipo de contacto (permanente, habitual o frecuente) manifiestan actitudes más positivas que los que reconocen no tener contacto (o ser este esporádico).

Tabla 4

Resultados de la prueba "T student". Variables según la variable género

<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>			
	t	gl	Sig.
Actitudes hacia las personas con discapacidad	-4,424	999	,000
Discapacidad en el ámbito educativo	-4,879	999	,000
Normalización social	-1,770	999	,077
Prejuicios socio-grupales	-3,772	998	,000
Integración laboral	-2,120	998	,034
Elementos afectivo-emocionales	-2,583	998	,010
Atribuciones psico-sociales	,333	999	,739

Fuente: López (2004)

Tabla 5

Resultados de la prueba Anova. Variable titulación

	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Actitudes hacia las personas con discapacidad	30	849,922	3,288	,000
Discapacidad en el ámbito educativo	30	104,459	3,783	,000
Normalización social	30	48,593	2,292	,000
Prejuicios socio-grupales	30	108,294	3,612	,000
Integración laboral	30	19,364	1,674	,013
Elementos afectivo-emocionales	30	36,742	2,389	,000
Atribuciones psico-sociales	30	13,376	1,931	,002

Fuente: López (2004)

Tabla 6

Resultados de la prueba ANOVA.

Variables según la variable Contacto con personas con discapacidad.

		gl	Media cuadr.	F	Sig.
Actitudes hacia las personas con discapacidad	Inter-grupos	4	2532,198	9,479	,000
Discapacidad en el ámbito educativo	Inter-grupos	4	235,618	8,098	,000
Normalización social	Inter-grupos	4	41,644	1,898	,109
Prejuicios socio-grupales	Inter-grupos	4	393,625	12,747	,000
Integración laboral	Inter-grupos	4	11,076	,938	,441
Elementos afectivo-emocionales	Inter-grupos	4	70,738	4,477	,001
Atribuciones psico-sociales	Inter-grupos	4	5,446	,764	,549

Fuente: López (2004)

La investigación no encontró diferencias significativas en lo referente a las otras variables propuestas: el ámbito de procedencia (lugar de residencia familiar), el nivel de estudios (primer, segundo o tercer ciclo), la ocupación de los entrevistados y el hecho de tener alguna discapacidad. En este sentido, nos resulta especialmente llamativa la falta de significatividad en relación a esta última variable, ya que los alumnos con discapacidad entrevistados no expresaron actitudes significativamente más positivas hacia las pcd que los alumnos sin ninguna discapacidad, aunque sus puntuaciones fueran sensiblemente más bajas (lo que se traducía como actitudes más positivas).

Los resultados confirman las hipótesis planteadas en cuanto a que las actitudes, como vehículo de expresión de ideas, conocimiento y sentimientos, tienen una clara determinación subjetiva, pero también se construyen en el marco de la pertenencia a grupos determinados de individuos que se articulan en torno a características sociales concretas, como es nuestro caso, al género, a la identificación con campos de estudio (o profesional) o también al hecho de tener contacto con el referente actitudinal (en este caso, las pcd).

Precisamente, esa pertenencia a grupos sociales determinados hizo que nos planteáramos la relación con la vulnerabilidad social. De ahí que en una posterior fase, demandáramos a los encuestados sobre aquellos factores o indicadores que los entrevistados consideraban fundamentales para situar a las pcd en el límite de la inclusión social. Los resultados obtenidos, a través de entrevistas semi-estructuradas, confirman la relación con los grupos resultantes en el tema de las actitudes.

Así, las mujeres entrevistadas afirmaron mayoritariamente que ser mujer y discapacitada suponía un factor determinante para encontrarse en mayor riesgo de exclusión social que los hombres. Igualmente, los alumnos de las titulaciones que manifestaron actitudes más positivas, consideraban que el ejercicio de la profesión que estudiaban era más accesible a las pcd que otras titulaciones o profesiones, mientras que los estudiantes de las titulaciones que expresaron actitudes menos positivas creían que las pcd “encajarían” mejor en

otras profesiones o trabajos no relacionados con sus carreras. Por último, aquellos estudiantes que manifestaron tener contactos con pcd, indicaron mayoritariamente que dicho contacto era fundamental para tratar y relacionarse de manera normalizada con las pcd, y que era ese contacto el que generaba realmente las actitudes hacia ellas, para acabar determinando decisivamente la situación social de las pcd.

Efectivamente, como indica Triandis (1974), las actitudes son ideas cargadas de emoción que predisponen ante una clase particular de situaciones sociales. La dificultad del concepto de actitud es que no es observable en sí mismo, sino que se trata de una variable interviniente entre un estímulo o referencia actitudinal y determinadas respuestas (reacciones) que el sujeto ofrece y que permiten inferir, nunca asegurar, el tipo de actitud que el sujeto posee. Por otro lado, de acuerdo con Eagly y Chaiken (1993), al hablar de actitudes estamos hablando de una serie de tendencias psicológicas que se manifiestan a través de la evaluación de una entidad (u objeto) determinada con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad. El hecho de definir las actitudes como tendencias da a entender que hablamos de un estado interno de las personas, y más concretamente, de un estado interno evaluativo, que media entre los elementos y agentes externos (estímulos) y las reacciones de las personas.

En este sentido, decir que las actitudes son variables latentes es lo mismo que decir que subyacen a ellas procesos psicológicos y fisiológicos, destacándose entre los primeros el proceso cognitivo de la categorización, sobre cuya base se atribuye al objeto actitudinal un determinado significado evaluativo. Sin embargo ello no significa que las actitudes sean un proceso de categorización en sí mismo, sino su resultado (Eagly y Chaiken, 1993), ya que una vez llevada a cabo la categorización, lo que persiste es un estado evaluativo interno, o lo que es lo mismo, la actitud, **que va a tener una determinada duración y que dirigirá y sostendrá la conducta hacia el objeto.**

Por lo tanto, y de acuerdo con el resultado de nuestra investigación, las actitudes se constituyen como un agente fundamental de influencia, aunque sea de manera aparentemente indirecta, a la hora de generar situaciones por las que las pcd pudieran verse en el límite entre la inclusión y la exclusión social.

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Si retomamos aquí los indicadores fundamentales relacionados en el apartado de *Discapacidad y Vulnerabilidad Social*, podemos observar como los resultados de la investigación expuesta sobre actitudes se relacionan con aquellos, de manera que se ejemplifican gráficamente gran parte de las dificultades de las pcd para una plena normalización social.

- En cuanto al **empleo**, y por tanto a la **integración laboral**, podemos hablar de la presencia de actitudes negativas referidas a las capacidades de las pcd, y por tanto a la resistencia a contratar en igualdad de condiciones (acción) porque se piensa (actitud) que serán más los problemas que los beneficios. De esta forma, sólo cuando se asegura una contrapartida económica (recompensa fiscal) esa resistencia puede ser vencida, aunque se está muy lejos de que eso realmente sea así. En el empleo público, la medida de reserva del 5% de plazas para pcd intenta solucionar la discriminación, pero la escasa formación cualificada suele dejar ese porcentaje muy por debajo de las expectativas.

Las actitudes manifestadas en nuestra investigación, relacionadas con la titulación realizada (y por extensión, con el ejercicio de una profesión) vendrían a corroborar lo indicado anteriormente, recogándose entre las actitudes menos positivas que “para los discapacitados es mejor tal o cual carrera o profesión”, mientras que para las actitudes más positivas, la carrera o profesión sería indiferente, no hablándose de capacidades sino de posibilidades (adaptación curricular, empleo con apoyo, puesto de trabajo adaptado, etc.)

- En lo que respecta al **género**, ya hemos comentado las mayores dificultades de las mujeres con discapacidad que los hombres para la plena normalización.

- Así, si las pcd triplican la tasa de desempleo con respecto a las personas sin discapacidad, las mujeres de este colectivo doblan la tasa masculina. Dicha tasa de desempleo afecta al 84% de la población femenina con discapacidad en edad laboral. De esta cifra, el 76% se clasifica como población inactiva por permanecer al margen de los circuitos de formación e inserción laboral.
 - Las mujeres con discapacidad sufren mayor sobreprotección, tanto en el entorno familiar como en espacios institucionalizados, lo que genera una baja autoestima y que se las perciba (actitud) como mujeres “devaluadas”, ya que, de acuerdo al rol que la sociedad sigue atribuyendo a la mujer, no se las considera válidas como madres reproductoras, amantes y capaces de llevar un hogar y una vida independiente.
 - La sobreprotección excesiva, unida a la minusvaloración social, hace que las mujeres con discapacidad padezcan una mayor vulnerabilidad ante alguna forma de violencia, ya sea psicológica, física y/o sexual, siendo aquellas con discapacidades intelectuales, de comunicación y de movilidad las que mas posibilidades tienen de sufrirla.
-
- En lo referente a la **educación / formación**, es evidente que la mayoría de las decisiones y procesos educativos de los niños con

discapacidad están condicionadas, entre otros factores, por las actitudes hacia ellos por parte de la propia familia, los profesores y los compañeros. Y esto se hace particularmente presente en la enseñanza universitaria, cuyo bajo nivel de participación se fundamenta en una excesiva sobreprotección, en los deseos de alcanzar cuanto antes un empleo protegido, en el fracaso escolar en las etapas educativas anteriores y en la necesidad de mejores medidas para una mayor participación y normalización de las pcd en la universidad.

Por otro lado, la investigación llevada a cabo pone de manifiesto las diferencias actitudinales según se cursen unas u otras titulaciones, es decir, que existe una predisposición colectiva en torno a creencias u opiniones respecto de las pcd.

Este cuestión es especialmente evidente en el caso del acceso a las TIC y a la sociedad de la información. Está claro que se pretende cada vez más la incorporación de medios y herramientas de accesibilidad para las pcd, como fuente de información, conocimiento y comunicación. Pero también existe aún un profundo desconocimiento sobre las posibilidades de utilización por parte de las pcd, creyéndose (actitud), mayoritariamente, que las inversiones y actuaciones para la mejora de la accesibilidad y la creación de espacios interactivos, tiene un coste económico excesivo,

cuando dichas inversiones no serían más costosas que otras dirigidas a otro tipo de colectivo o a usuarios sin discapacidad (Limonche, 2004).

- *Por último, quizás sea en el tema de las **relaciones sociales** donde cobren mayor influencia las actitudes. La variable que hacía referencia en nuestra investigación al hecho de tener contacto con pcd, así lo demostraría.*

De acuerdo con Fazio (1989), se necesita contar con una pista clara para orientar nuestras acciones, saber qué se puede hacer antes de actuar en relación al objeto actitudinal, evitando la continua reflexión y juicio sin pérdidas innecesarias de tiempo y esfuerzo. Y esto ocurre así particularmente, en el caso de el establecimiento de nuevas relaciones. Por ello, las actitudes, que no olvidemos parten del conocimiento y análisis, son fundamentales para categorizar y aceptar (en su caso) a nuevos individuos en nuestra vida cotidiana.

El riesgo de vulnerabilidad se hace presente desde el momento en que nuestra categorización y análisis es negativo, atendiendo a actitudes negativas concretas (prejuicios) hacia las pcd, bien sea por exclusión (rechazando el contacto), o bien por un tipo de consideración mal entendida (sobreprotegiendo, coartando la capacidad de independencia o

de movilidad), o simplemente, ignorando a la persona por temor, sentimiento de vergüenza o minusvaloración.

En cuanto a las propuestas de actuación o sugerencias, nos parece claro incidir en dos cuestiones básicas:

- Por un lado, se trataría de promover programas de cambio de actitudes en los ámbitos en los que la situación de las pcd sea particularmente sensible a la exclusión social. Hoy día creemos que el mundo del trabajo (el empleo) es uno de los que más necesitan un profundo estudio en este sentido. También la situación de la mujer y la de familias con escasos recursos económicos. Tradicionalmente, se han planteado estos programas en el ámbito de la educación, sobre todo en primaria y en secundaria; creemos necesario un amplio desarrollo también en la enseñanza universitaria.
- En segundo lugar, al hablar de actitudes y vulnerabilidad social, estamos manejando conceptos esquivos y equívocos, de gran dinamismo y de difícil concreción práctica, pero de una contrastada existencia en relación con la discapacidad. Por ello, consideramos necesario una mayor investigación en esta vinculación, ya que en ella se sitúa uno de los pilares fundamentales sobre los que debe consolidarse la plena normalización social de las personas con discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altman, B. (1981). Studies of Attitudes toward the Handicapped: The Need for a New Direction. *Social Problems*, 28 (3), 321-335.
2. Arnau, M^a S. (2004). Violencia de género contra la(s) mujer(es) con discapacidad(es). *Red de mujeres con discapacidad*. Extraído el 13 de agosto de 2005 desde <http://www.rdmcd.org/doc/132>
3. Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
4. Castel, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales. A Alvarez-Uría, F. (Comp.). *Marginación e inserción. Los retos de las nuevas políticas sociales*. Madrid: Endymión.
5. Eagly, A & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. London: Thomson Learning.
6. Fazio, R. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. RCE: Pratkanis, A. (Ed.); Breckler, S. (Ed.), *Attitude structure and function. The third Ohio State University volume on attitudes and persuasion*. (pp. 153-179). Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Fichten, C., Robillard, K, Judd, D. y Amsel, R. (1989). College Students with Physical Disabilities: Myths and Realities. *Rehabilitation Psychology*, 34 (4), 243-257.
8. Limonche, F. (Septiembre, 2004). Telecomunicaciones y discapacidad: como oportunidad para los profesionales de las telecomunicaciones. *Antena. Revista del Colegio de Ingenieros Técnicos de Telecomunicación*, 157, 34-45.

9. López, V.M. (2004). *Estudio sobre las actitudes hacia las personas con discapacidad entre los estudiantes de la Universidad de Extremadura*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Formación del Profesorado, Universidad de Extremadura.
- 10.OMS (2002). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Ginebra.
- 11.Querejeta, M. (2004). Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO.
- 12.Roeher, G. (1985). Significance of Public Attitudes in the Rehabilitation of the Disable. En S.J. Regnier and M. Petrovsek (Comps.) *Rehabilitation: 25 Years of Concepts, Principles, Perspectives. A Collection of Articles Published in Rehabilitation Literature 1959-1984*, (ps. 68-74), Special Review Publishe by the National Easter Seal Society, Chicago.
- 13.Subirats, J. (Dir.) (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. En Colección Estudios Sociales. Num. 16. Barcelona: Fundación La Caixa.
- 14.Triandis, H. (1974). Actitudes y cambio de actitudes. Barcelona: Toray (Versión castellana de Attitude and Attitude Change. New York: John Wiley&Sons, 1971).
- 15.Verdugo, M. A., Jenaro, C. y Arias, B. (1995). Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: Estrategias de evaluación e intervención. En *M.A. Verdugo (Dir): Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, (ps.79-144). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

COMUNICACIONES DE ESTUDIANTES

Formación universitaria del Terapeuta Ocupacional coordinada y dirigida por el Terapeuta Ocupacional

Dña. M^a Pilar Bonet Espinosa

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Dña. Miriam Gallego Martínez

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Tutor:

D. Francisco Tomás Aguirre

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

Bonet Espinosa MP, Gallego Martínez M. Formación universitaria del terapeuta ocupacional coordinada y dirigida por el terapeuta ocupacional. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.427-453p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

1. INTRODUCCIÓN

“... En el último Congreso Nacional de Estudiantes de TO celebrado en Valencia hemos abordado la necesidad de crear un área de conocimiento de TO que permita y establezca una mayor presencia de terapeutas ocupacionales como profesores universitarios, a efectos de facilitarnos patrones de identificación con nuestro futuro rol profesional” (1).

Conseguir una formación universitaria de calidad, coherente con el proceso de integración en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), plantea el reto y la necesidad de reforzar el papel del terapeuta ocupacional en el proceso de planificación de la oferta formativa que ofrece cada Escuela, Facultad o Centro de Estudios desde las titulaciones hasta las materias.

Y... ¿Por qué es necesaria la planificación?

Sencillamente, la programación de la docencia juega un importante papel en el desarrollo de una docencia de calidad (2):

- *Da coherencia a la titulación.*

- ***Coordina los programas de las diversas materias.***
- ***Enriquece informativamente los programas.***
- ***Homogeneiza los programas, facilitando su lectura y contraste.***
- ***Es uno de los objetivos del proceso de convergencia europea.***

Así pues, bajo esta perspectiva, a continuación se exponen los objetivos generales que guían la comunicación. Posteriormente se presenta un breve análisis de la situación actual de la formación universitaria en TO en España, a modo de encuadre para plantear la propuesta de la UCV: un *plan de formación integral e integrado por el terapeuta ocupacional*. Esto es, una planificación de la enseñanza coordinada y dirigida por el terapeuta ocupacional, destacando la importancia de diseñar y proporcionar *ambientes de aprendizaje eficaces*. En este sentido, se ha apostado, entre otras medidas, por la creación de un *piso adaptado* en el mismo centro de aprendizaje como *recurso didáctico* capaz de garantizar el desarrollo adecuado de las actividades formativas planificadas en el *plan de estudios* (perfil profesional) del futuro terapeuta ocupacional.

2. OBJETIVOS GENERALES

2.1. Fundamentar el diseño de un Plan de Estudios del terapeuta ocupacional dirigido y coordinado por el propio profesional con el fin de proporcionar una formación universitaria óptima para la identificación y el desarrollo del perfil profesional./

2.2. Presentar el *piso adaptado* de la UCV como recurso didáctico integrado en el centro universitario de cara a facilitar el aprendizaje de la competencia profesional.

3. FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

En España, en el año 1990, se crea el título de Diplomado en TO (BOE de 20.11.90, Real Decreto 1420/1990 de 26 de octubre), por el que se establece tanto el título como las directrices propias de su plan de estudios. Desde entonces se ha ido modulando el desarrollo académico de la titulación hasta la actualidad.

Partiendo de una definición de la TO, en este apartado se intenta dar una visión general del panorama formativo español actual respondiendo a tres interrogantes fundamentales: *dónde, quién y cómo se imparte la TO*.

1.1. DEFINICIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Son muchas las definiciones que se han dado de la TO desde que ésta figura con nombre propio entre las disciplinas de las Ciencias de la

Salud y se practica como actividad profesional diferenciada. No obstante, hay un distintivo común a todas ellas: “el uso terapéutico de las ocupaciones” (3). En este sentido, la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) la define como: “una profesión socio–sanitaria, que por medio de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”.

3.2. ¿DÓNDE SE IMPARTE LA TERAPIA OCUPACIONAL?

A continuación citamos los centros en los que se imparte TO, desde que se crea el título de diplomado, organizados cronológicamente según su incorporación a la implantación de la diplomatura (4):

En una primera etapa...

1. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza.
2. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
3. Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja de Tarrasa, adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona.

4. Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina, adscrito a la Universidad de Castilla La Mancha.

Con posterioridad...

5. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos de Alcorcón-Madrid.
6. Escuela Universitaria de Enfermería y **Terapia Ocupacional** de Cáceres.
7. Facultad de Ciencias de la Salud de A Coruña.
8. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X el Sabio de Villanueva de la Cañada (Madrid).
9. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic (Barcelona).
10. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Granada.
11. Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.
12. Escuela Universitaria de Profesorado de EGB. La Salle, adscrita a la Universidad Autónoma Aravaca (Madrid).
13. Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante).
14. Facultad de Ciencias de la Salud, de la Actividad Física y del Deporte de la Universidad Católica de San Antonio de Murcia.
15. Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Burgos.

16. Escuela Universitaria de Magisterio Padre Enrique Ossó. Universidad de Oviedo.

17. Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia.

18. Universidad de Málaga. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.

Una vez realizada esta referencia a las Escuelas (donde tradicionalmente se imparten las diplomaturas universitarias exclusivamente), Facultades (donde, además, se imparten licenciaturas) y Centros en los que se imparte la titulación de TO en España, en función de su nomenclatura presentamos una tabla de clasificación de las mismas.

CENTROS UNIVERSITARIOS	Nº TOTAL
FACULTADES	9
▪ Ciencias de la Salud	4
▪ Medicina	2
▪ Psicología	2
▪ Humanidades y Educación	1
ESCUELAS UNIVERSITARIAS	8
▪ Ciencias de La Salud	4

▪ Enfermería	1
▪ Profesorado de EGB	1
▪ Magisterio	1
▪ Enfermería y Terapia Ocupacional	1
CENTRO DE ESTUDIOS	1
▪ Universitarios	1

Tabla 1: Clasificación de Centros Universitarios en donde se oferta TO

Siendo concientes de la diferente tipología de centros universitarios que han desarrollado la docencia de TO, debido en gran medida a su diversidad de origen: *"proviene de la integración de métodos y principios de varios ámbitos de la salud y la sociedad y de varios campos de la Ciencia: Medicina, Psicología y Sociología"* (4), nos gustaría destacar que el término **"Terapia Ocupacional"** únicamente aparece en un centro universitario.

En esta línea, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) propone la búsqueda de una *terminología uniforme* para TO... Pensamos que es importante seguir avanzando en este planteamiento, fundamentalmente por las siguientes razones:

- Sentimiento de pertenencia: seña de identidad e identificación del estudiante con su centro de aprendizaje y enseñanza.
- Preparación del camino hacia la inminente convergencia europea.
- Difusión de la TO en la comunidad universitaria y en la sociedad en general.

Realmente... ¿tan difícil resulta “converger” en un punto común?

1.2. *¿QUIÉN IMPARTE LA TERAPIA OCUPACIONAL?*

Teniendo en cuenta el objeto de estudio de esta disciplina (3): la ocupación, y que recurre a ella como instrumento terapéutico, no es de extrañar que el equipo de profesorado que imparte docencia en TO sea de carácter interdisciplinar, provenientes principalmente de la disciplinas de:

- ***Terapia Ocupacional¹***
- ***Medicina***
- ***Psicología***

¹ “La Sociedad Española y sus Universidades necesitan y demandan la integración como **profesores de los profesionales de TO en un área de conocimiento específica**, ateniéndose a las leyes vigentes en el marco educativo” (4)

▪ **Sociología**

Uno de los principales obstáculos a la incorporación del profesional de la TO a la docencia universitaria, aún en su propia especialidad, deriva de la necesidad del sistema de la posesión, por parte del docente, del grado de Doctor, al que solamente podía accederse hasta el momento actual, tras realizar estudios de postgrado al finalizar una licenciatura. Sin la consecución de dicho título, las figuras docentes a las que se pueden acceder son escasas y poco estables. No obstante, cabe señalar que los diplomados universitarios pueden ser profesores en caso de ser expertos en la materia que imparten y en un porcentaje de los créditos de la titulación. Por ello, una vez más, sirva esta comunicación como una llamada de atención a la necesidad de crear un área de conocimiento en TO.

1.3. *¿CÓMO SE IMPARTE LA TERAPIA OCUPACIONAL*

Responder a esta pregunta de manera genérica entraña cierta dificultad, dado que está estrechamente relacionada con la planificación de la titulación en general y con la programación de las materias y/o asignaturas en particular. Sin embargo, nos atrevemos a decir que el éxito de la misma va a depender en gran medida de la existencia de una buena dirección y coordinación del plan de estudios de cada centro universitario. Y más concretamente con los esfuerzos dedicados a desarrollar la metodología de "Aprendizaje-Enseñanza" (A-E), en

coherencia con los respectivos recursos humanos, materiales y servicios disponibles para facilitar dicho aprendizaje en los estudiantes; sin olvidarnos del componente evaluativo (debe estar presente en todo proceso de A-E).

Por otro lado, si nos centramos en el **número de horas de prácticas clínicas**, podemos decir que, según datos del *Libro Blanco de TO* (5), en comparación con los países europeos, España es el único país que tiene una duración menor de la deseada, siendo entre 350 y 1000 horas; a excepción de la *Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja de Tarrasa (Universidad Autónoma de Barcelona)*, que cumple alrededor de *1000 horas*. El resto de los centros de ámbito nacional cumplen un máximo de *350 horas*. Estos datos hacen suponer que, en la actualidad, los programas docentes en España contienen solamente una tercera parte de lo recomendado por la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT).

Estas cifras merecen una seria reflexión, puesto que es el tiempo en que el estudiante puede contactar con los pacientes/usuarios bajo la supervisión de un terapeuta ocupacional cualificado.

4. PROPUESTA DE UN PLAN DE FORMACIÓN INTEGRAL E INTEGRADO POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL

La propuesta que presentamos contiene una selección de los principales elementos implicados en la programación de un buen plan de estudios: justificación, objetivos, planificación del A-E (metodologías), recursos humanos (personal académico), materiales y servicios disponibles.

4.1. JUSTIFICACIÓN

El enfoque pedagógico de nuestra propuesta está basado en un principio fundamental: una buena planificación de la formación constituye una pieza fundamental en la configuración de una docencia de calidad. Partiendo de esta premisa básica, podemos decir que planificar es uno de los compromisos más importantes que se debe asumir en el ámbito universitario desde tres grandes vertientes (2):

- *Ministerio de Educación y las Comunidades Autónomas, en lo que afecta a las bases y directrices generales de la formación en las diversas titulaciones;*
- *Universidades y Facultades, en lo que afecta a los Planes de Estudio;*
- *Departamentos y profesorado, en lo que afecta a los programas de las materias concretas, de las prácticas o de los intercambios.*

Así pues, podemos decir que la planificación de la docencia está orientada tanto al desarrollo de planes de estudio como a la organización las actuaciones docentes, pero no como un conjunto de acciones imprevisibles y desconectadas entre sí, sino como la puesta en práctica de un plan bien diseñado y articulado de la formación universitaria.

En este sentido, apostamos por un Plan de Estudios dirigido y coordinado por el terapeuta ocupacional como marco de referencia para la elaboración de los programas de las diversas asignaturas, ofreciendo una información común y vertebrada, a la vez que dejando el suficiente espacio para que cada profesor pueda introducir su propio estilo de trabajo y orientación científica. Se trata, por tanto, de una propuesta de formación contextualizada, integral e integrada por el propio profesional.

Esta perspectiva de la planificación pensamos que colaborará en la construcción de una identidad profesional por parte de los estudiantes, dado que desde el inicio de la formación encontrarán el propósito y el significado de la ocupación (6).

No obstante, esta dimensión del trabajo docente requiere, en el contexto español, de un claro fortalecimiento de las estructuras de

coordinación de las titulaciones. Por este motivo, para finalizar nuestra justificación, nos gustaría destacar la esencia real del concepto de dirigir y coordinar (7):

▪ *Dirigir:*

- Guiar, mostrando o dando las señas de un camino.
- Encaminar la intención y las operaciones a determinado fin.
- Orientar, guiar, aconsejar a quien realiza un trabajo.

Todo ello, asumiendo la responsabilidad de su actuación pública.

▪ *Coordinar:*

- Disponer cosas metódicamente.
- Concertar medios, esfuerzos, etc. para una acción común.

Dirigir y coordinar con la finalidad de potenciar el desarrollo del proceso de convergencia a efectos de integrar los fundamentos del EEES en la titulación de TO en la UCV.

4.2. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales de nuestra propuesta van en la siguiente dirección:

- Diseñar acciones curriculares que promuevan el conocimiento conceptual, el desarrollo de actitudes y la adquisición de habilidades propias del terapeuta ocupacional.
- Acercar al estudiante a los contextos que constituirán su ámbito de actuación profesional y social.
- Utilizar una metodología que facilite el aprendizaje de prácticas en las que el estudiante tenga que movilizar los recursos.

4.3. PLANIFICACIÓN DE LA ENSEÑANZA: METODOLOGÍA

La metodología es un conjunto coherente de técnicas y acciones lógicamente coordinadas para dirigir el aprendizaje de los estudiantes hacia determinados resultados. Entendemos que un buen sistema metodológico es aquel que combina, de manera adecuada a las necesidades del aprendizaje, las diferentes estrategias que posibiliten que éste sea más activo y complementen las formas más tradicionales de enseñanza. Destacamos: lecciones magistrales; lecciones magistrales participativas; clases prácticas; seminarios; talleres; trabajos dirigidos (individuales o en grupo); estudio de casos; trabajos de campo (realización de proyectos); role-playing; debates dirigidos; foros; charlas, jornadas y ciclos de conferencias; tutorías de apoyo (colectivas y/o personales); prácticas clínicas, etc.

En resumen, a la hora de elegir una metodología para facilitar el aprendizaje, el docente debe de tener en cuenta el nivel de dominio de la misma, los objetivos de aprendizaje que pretende alcanzar, el nivel de conocimientos de un tema por parte de los estudiantes, etc. Por tanto, a priori no podemos decir que una metodología sea mejor que otra, dependerá del contexto, del uso de las mismas y de su adecuada combinación por parte del profesorado.

4.3. PERSONAL ACADÉMICO

El personal académico implicado en la docencia forma parte de un equipo de trabajo interdisciplinar, dirigido y coordinado por la figura del *terapeuta ocupacional*. En este sentido, presentamos sintéticamente el organigrama de las principales figuras en nuestro Plan de Estudios:

- **Vicedecana de la Titulación:** *Terapeuta Ocupacional*. Ejerce las funciones de dirección y coordinación del Plan de Estudios.
- **Profesor-tutor de alumnos de nuevo ingreso:** *Terapeuta Ocupacional*. Ejerce las funciones de acogida, asesoramiento y seguimiento de los estudiantes con el fin de orientarles en los estudios y en los métodos a seguir para lograr un mejor aprendizaje, facilitando de este modo el proceso de integración a la vida universitaria y al centro.
- **Plantilla de profesorado:** especialistas de las diversas disciplinas implicadas en la titulación: *Terapia Ocupacional*, Medicina, Psicología, Sociología, Fisioterapeuta. Entre sus competencias destacamos las siguientes (8):

1. Planificar el proceso de enseñanza y el de aprendizaje sin perder la perspectiva de la Formación en Competencia Profesional del TO
2. Seleccionar y presentar los contenidos disciplinares.

3. Ofrecer informaciones y explicaciones comprensibles.
4. Alfabetizar tecnológicamente y manejar didácticamente las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs).
5. Gestionar las metodologías de trabajo didáctico y las tareas de aprendizaje.
6. Relacionarse constructivamente con los alumnos.
7. Tutorizar y acompañar a los estudiantes.
8. Reflexionar e investigar sobre la enseñanza.
9. Implicarse institucionalmente.

Esta filosofía de nuestro plan de estudios está avalada fundamentalmente porque creemos que es legítimo que los profesionales de la Terapia Ocupacional estén implicados en la planificación y reflexión de la docencia de "su profesión", lo que contribuirá, a su vez, a la *construcción de su identidad profesional como docentes universitarios*, entendiendo la docencia como una carrera profesional (teórica y práctica).

4.4. RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS: EL *PISO ADAPTADO* COMO *RECURSO DIDÁCTICO*

En el *Libro Blanco de TO*, tanto el que ha elaborado la CNDEUTO (3) como el que ha elaborado la ANECA (5), se hace hincapié en el carácter práctico de la profesión y en la exigencia de todas las universidades de estar preparadas para

abordar requisitos de índole práctica, siendo responsabilidad de cada una de ellas ofrecer un *entorno de aprendizaje de alta calidad* a sus estudiantes, con el fin de exponerles a experiencias adecuadas que estimulen el desarrollo de su ejercicio profesional.

Así pues, entendiendo un *recurso didáctico* como el conjunto de todos aquellos medios que el profesor puede utilizar para *facilitar el aprendizaje de sus alumnos*, el Plan de Estudios de TO de la UCV ha apostado, entre otras medidas, por la creación de un *piso adaptado polivalente* en el mismo centro, como recurso didáctico y de apoyo a una formación universitaria de calidad, centrado en la difusión de experiencias, estrategias, técnicas y medios innovadores.

4.5.1. PISO ADAPTADO POLIVALENTE

El diseño del piso adaptado parte de la filosofía de la *accesibilidad universal*. Es decir, se ha intentado construir un espacio *flexible y adaptable*, donde puedan *convivir* personas *con* y *sin* discapacidad, de modo que las primeras puedan desenvolverse en un entorno de vida lo más funcional posible, independientemente de sus déficits.

El piso adaptado se crea con una triple vertiente: docente, clínica e investigadora (9).

- En su modalidad *docente*, se erige como punto de encuentro entre alumnado y paciente clínico, dado que forma parte del Centro de Terapia Ocupacional, integrado en las dependencias de la Clínica Universitaria.
- En las modalidades *clínica e investigadora*, sin duda alguna, es el espacio idóneo para la *labor rehabilitadora* de los profesionales y para el asesoramiento en cuanto a la adaptación del entorno, desarrollando las investigaciones oportunas en el campo de las *actividades de la vida diaria*.

En definitiva, el piso adaptado, como *recurso didáctico*, permite desarrollar el diseño de un plan de formación en *espiral*. Esto es, por un lado, una formación eminentemente práctica, en un entorno similar al real, pero localizado junto a las propias aulas, en donde el alumno recibe la formación teórica. Y, por otro lado, también las ayudas técnicas disponibles en el centro son llevadas al aula para su análisis, manipulación, estudio y posterior puesta en práctica de nuevo (la espiral del proceso de A-E).

Con fines ilustrativos, en el anexo adjuntamos algunas imágenes del piso adaptado polivalente (9).

5. REFLEXIONES FINALES: HACIA LA CONVERGENCIA EUROPEA

Considerando el doble propósito de esta comunicación: fundamentar un Plan de Estudios del *terapeuta ocupacional* dirigido y coordinado por el propio profesional, así como presentar el *piso adaptado* de la UCV, pensamos que en España llega ya el momento de *reflexionar* sobre el *papel* del terapeuta ocupacional en la *formación universitaria actual* y los *nuevos retos* que se le plantean a diferentes niveles con el proceso de convergencia europea:

- **Previo a la enseñanza universitaria:** tarea de coordinación con el profesorado de secundaria.
- **Dirección del Centro en el que se imparta TO:** Decano, Vicedecano, Director, Responsable de la titulación (“Jefe de Estudios”).
- **Tutorización del alumnado:** creación de una figura específica para tal fin.
- **Oferta de modelos de actuación profesional:** como profesor de prácticas, el TO juega un importante papel en la configuración del perfil profesional.
- **Coordinación docente e investigadora:**
 - Revisión de programas elaborados por otros profesionales para su adaptación al perfil profesional.
 - Creación de líneas de investigación específicas.

- Creación y/o búsqueda de recursos docentes específicos e innovadores para optimizar las condiciones de aprendizaje y facilitar el trabajo autónomo del estudiante. Esto es, nuestra apuesta presente con perspectivas de futuro: el *piso adaptado polivalente* en el propio centro universitario.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Asociaciones Universitarias de Estudiantes de Terapia Ocupacional (AUETO). *Portal español de terapia ocupacional* (En línea) (Consulta: diciembre de 2006). <<http://www.terapia-ocupacional.com>>

(2) **Zabalza Beraza, MA.** **Guía para la planificación didáctica de la docencia universitaria en el marco del EEES (Guía de guías).** **Universidad de Santiago de Compostela, 2004.**

(3) Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO). *Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional*, 2004.

(4) Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO). *Portal español de terapia ocupacional* (En línea) (Consulta: enero de 2007) < <http://www.terapia-ocupacional.com/Formacion.shtml>>

(5) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).
Libro Blanco. Título de grado en Terapia Ocupacional, 2005.

(6) Pellegrini, M. y Mattei, M. "Las ocupaciones en la formación disciplinar de terapia ocupacional, necesidad de cambio y fundamentación". *Portal español de terapia ocupacional* (En línea) (consulta: diciembre de 2006)
<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/>

(7) Real Academia Española (En línea) (consulta: diciembre de 2006)
<<http://www.rae.es/>>

(8) **Zabalza Beraza, MA. "Competencias docentes". Didáctica universitaria. Un espacio para la docencia de la calidad en la Universidad. Universidad de Santiago de Compostela. (En línea) (Consulta: enero de 2007)**

<http://portales.puj.edu.co/didactica/Archivos/Competencias%20docentes.pdf>

(9) Cañadas Pérez, M. y Gómez Martínez, M. "Piso adaptado de la Universidad Católica de Valencia". *Revista de la APETO*, nº 41, 2006.

ANEXO: PISO ADAPTATO EN LA UCV (9)

Imagen 1: maqueta del piso adaptado

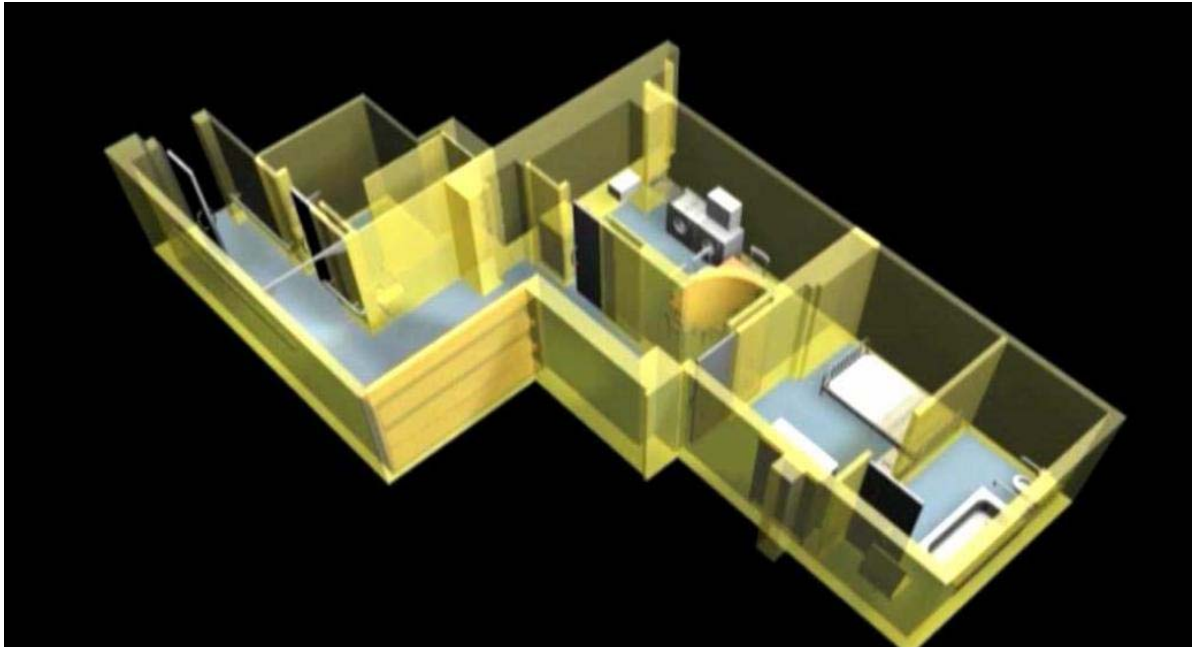


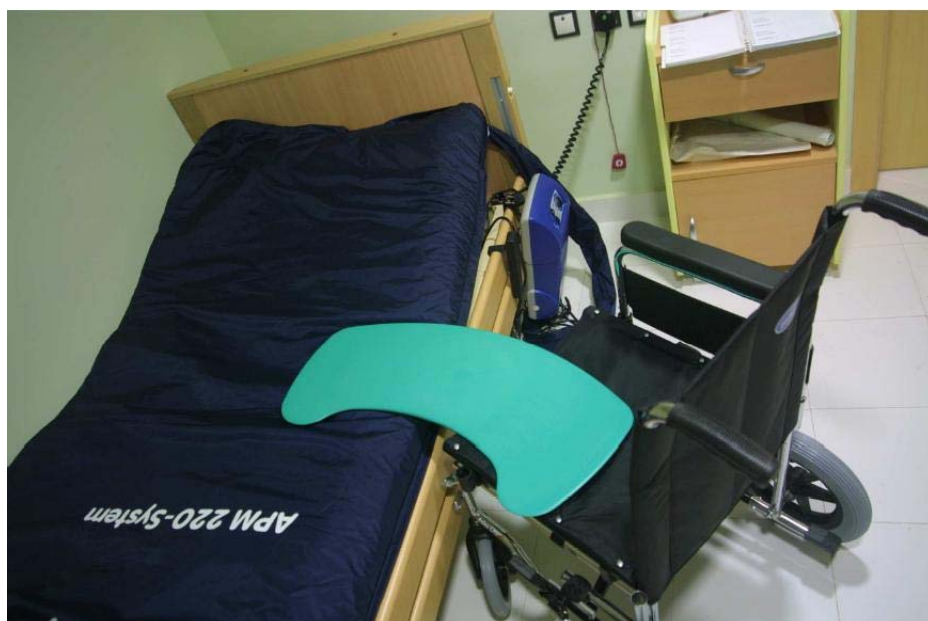
Imagen 2: cocina adaptada



Imagen 3: ayuda técnica



Imagen 4: dormitorio adaptado



Formación universitaria del Terapeuta Ocupacional coordinada y dirigida por el Terapeuta Ocupacional
Imágenes 5 y 6: cuarto de baño



Imagen 7: utensilios de cocina adaptados



Imagen 8: ayudas técnicas



PÓSTERS

Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Artritis Reumatoide

Héctor García López

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Tutora:

Dña. Cristina Gómez Calero

Universidad Católica San Antonio de Murcia

García López H. Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Artritis Reumatoide [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.454-457p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Introducción

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, progresiva e invalidante que afecta a los tejidos articulares y periarticulares presentándose en brotes de dolor e inflamación de la sinovial provocando una limitación funcional y disminución de la autonomía. Es por ello que la figura del terapeuta ocupacional juega un papel determinante en el tratamiento precoz de la AR por la dependencia que puede causar esta patología y el deterioro de la imagen personal.

Objetivos

Debido a la incapacidad que provoca esta enfermedad, el objeto de la TO consiste en llevar a cabo un protocolo de tratamiento para conseguir la mayor autonomía en el paciente y evitar deformidades

Material y Métodos

En TO se llevará a cabo una valoración del paciente y un tratamiento rehabilitador. Dentro de la Evaluación se incluirá: Observación del paciente (postura, marcha, expresividad, estado de ánimo, etc), valoración del rango

articular y balance muscular, valoración de las actividades que el paciente presenta una mayor dificultad para realizar en sus AVD básicas, instrumentales y avanzadas

Dentro del tratamiento se llevará a cabo: Programas de ergonomía articular para preservar y conservar la funcionalidad de las articulaciones, tratamiento de musculatura débil y estabilización ligamentosa, elaboración e implantación de férulas, programa de adaptación del hogar.

Conclusión

Gracias a la implantación precoz del tratamiento de TO se consigue prevenir deformidades, una mayor independencia del paciente y un ahorro de energía al realizar las AVD y un aumento de la autoestima del paciente a la hora de enfrentarse con una actividad cotidiana.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Autor: Héctor García López
Tutor: Cristina Gómez Calero
Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM)

I. Introducción.

◆ Definición.

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, progresiva e invalidante que afecta a los tejidos articulares y periarticulares presentándose en brotes de dolor e inflamación de la sinovial provocando una limitación funcional y disminución de la autonomía.

Las principales articulaciones afectadas son: muñeca, mano, codo, hombro, pie, rodilla y columna cervical.

◆ Etiopatogenia.

La causa de la enfermedad no está bien determinada, ya que no existen pruebas fidedignas de su etiología aunque se sabe que esta producida por el depósito interarticular de complejos inmunes o por microorganismos.

◆ Epidemiología.

- > Afectación al 1% de la población adulta.
- > Pico de incidencia del primer debut entre 4º y 5º década.
- > Mas frecuente en mujeres que en hombres 3:1 cuando comienza antes de los 60.
- > Prevalencia influenciada por predisposición genética, influencias ambientales, dieta, ocupación, etc.
- > 29% de los pacientes presentan incapacidad de cierto grado para realizar tareas fundamentales.
- > Disminuye las expectativas de vida de 4 años en los hombres y de 10 en las mujeres.



Alteraciones tendinosas (integridad o no del tendón).

- > Recorrido articular (aparición de fatiga, dolor, estabilidad y movilidad).
- ◆ Déficit neurológicos y musculares (trastornos sensitivos, pérdida o disminución de la fuerza muscular, destreza manual).
- ◆ Deformidades (si las hay) se valora la necesidad del uso de ortesis; en caso de estar ya colocadas, se comprobarán si son correctas o no.
- ◆ Función de la mano (funciones prensiles, pellizco, presión y no prensiles las que utiliza la mano estáticamente).
- ◆ Valoración funcional de la mano.
- ◆ Valoración funcional de las extremidades superiores e inferiores.
- ◆ Nivel de dependencia o independencia en las actividades de autocuidado, laborales y de ocio (dificultades que presenta al realizarlas, valorar implantación de ayuda técnica o adaptaciones del entorno).
- ◆ Interacciones sociales (es decir, los problemas o vivencias que sufre el paciente tanto en el ámbito familiar como profesional y social).
- ◆ Estado de ánimo y motivación que presenta.

El tratamiento de TO se basa en los siguientes objetivos:

- ◆ Prevención de la inflamación y el dolor.
- ◆ Corrección de la deformidad aplicando las distintas ortesis o férulas indicadas en cada estadio.



Férula de descanso para uso nocturno confeccionada con material termoplástico.



Férula de descanso de uso diurno.

- ◆ Elección de una actividad gestual que nos ayuden a mantener o incrementar la movilidad articular, la destreza y la fuerza.
- ◆ Educación del paciente a lo relativo a la protección articular y conservación de energía.
- ◆ Diseño y realización de adaptaciones, prescripción de las diferentes ayudas técnicas, enseñanza en su uso y aplicación.

◆ Evolución de la enfermedad.

1º Período de inicio:

En esta fase comienzan a verse los primeros síntomas.

- > Dolor, inflamación, afectación articular simétrica, Fiebre y escalofríos.

2º Período de estado:

Se afirman las características típicas de la patología.

- > Sinovitis: se manifiesta a través del dolor que aumenta con la presión y con el movimiento.
- > Tumefacción, disminución de la movilidad, aumento de temperatura en la articulación por la inflamación y rigidez articular.

3º Período de secuelas:

- > En esta fase el cartilago articular y el hueso que se encuentra debajo de él se ha destruido, por lo que la articulación adoptará una postura antálgica para evitar el dolor. Debido al dolor y a la rigidez de las fases anteriores la musculatura se encontrará atrofiada.



Actividades gestuales para mejorar la movilidad articular, la fuerza y la destreza.



Adaptaciones de utensilios

II. Resultados.

Todos los autores consultados coinciden en la importancia de un tratamiento precoz de TO retrasara los posibles efectos que provoca esta patología.

Para un tratamiento integral del paciente será necesario la colaboración de un equipo multidisciplinar formado por (reumatólogo, cirujano ortopédico, enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico ortopédico, psicólogo, asistente social) hacia un objetivo común, el paciente y su bienestar físico, psicológico y social.

III. Material y Métodos.

Antes de comenzar con el tratamiento el terapeuta ocupacional llevará a cabo una valoración detallada del paciente en la cual observaremos los siguientes apartados:

- ◆ Estado de la piel (existencia de nódulos, atrofia, edema, signos de tumefacción, cicatrices, etc.).
- ◆ Problema o déficit articulares:
- > Alteraciones (crepitación, inflamación, deformidad, limitación, etc.).

IV. Conclusión/Discusión.

Gracias a la implantación precoz del tratamiento de TO se consigue prevenir deformidades, una mayor independencia del paciente y un ahorro de energía al realizar las AVD y un aumento de la autoestima del paciente a la hora de enfrentarse con una actividad cotidiana.

Es por ello que la figura del terapeuta ocupacional juega un papel determinante en el tratamiento precoz de la AR por la dependencia que puede causar esta patología y el deterioro de la imagen personal.

V. Bibliografía.

- 1) Chapinal Jiménez A. Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en terapia ocupacional. 1º ed. Barcelona: Masson; 2001.
- 2) Diaz Petit. J, Camp R. Rehabilitación en la artritis reumatoide. 1º Ed. Barcelona: Masson; 2002.
- 3) Lugo L, Ramirez L, Albeláez J, Payares K. Rehabilitación en artritis reumatoidea: Guía de practicas clínicas basadas en la evidencia. Madrid: Ascofarme.
- 4) Swezey, Robert L. Rehabilitación e artritis y enfermedades afines. Barcelona: Medica Panamericana SA; 1985.
- 5) Polonio López B, Durante Molina P, Pedro Torres P. Terapia Ocupacional en Geriatria: 15 casos prácticos. 1º Ed. Madrid: Panamericana; 2001.

PÓSTERS

Enfermedad de Dupuytren

Dña. Lucía Ortín Ciller

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia

D. Rafael Mira Melgarejo

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia

Tutora:

Dña. Cristina Gómez Calero

Universidad Católica San Antonio de Murcia

Ortín Ciller L, Mira Melgarejo R. Enfermedad de Dupuytren [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.458-460p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

La enfermedad de Dupuytren se produce por la fibromatosis de la aponeurosis palmar y de sus prolongaciones distales. Esta patología comienza con un engrosamiento de la piel de la palma de la mano que puede convertirse en una banda gruesa, produciendo una flexión progresiva de los dedos. El 40% de los pacientes tienen antecedentes familiares de esta patología. Normalmente los dedos más afectados son el anular y el meñique.

Una vez que la persona es intervenida quirúrgicamente, los objetivos del terapeuta ocupacional se basan en los siguientes aspectos: evaluación de costras y cicatrices tiernas, evaluación de movimientos limitados y rigidez articular, actitud protectora hacia la lesión e hipersensibilidad.

Método: Esta actuación se divide en dos fases. La primera que se basa en dar pautas de higiene en las manos y tratamiento de cicatrices y tipo de actividades a realizar. En la segunda fase se realiza una aplicación de masajes a la cicatriz, estiramientos de los flexores de los dedos, ejercicios activos y utilización de férulas en extensión.

El resultado y objetivo final es eliminar las limitaciones residuales post-quirúrgicas y conseguir la máxima funcionalidad de la mano.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH *Occupational Therapy*.



Enfermedad de Dupuytren

Introducción

La enfermedad de Dupuytren se produce por la fibromatosis de la aponeurosis palmar y de sus prolongaciones distales. Esta patología comienza con un engrosamiento de la piel de la palma de la mano que puede convertirse en una banda gruesa, produciendo una flexión progresiva de los dedos. El 40% de los pacientes tienen antecedentes familiares de esta patología. Normalmente los dedos más afectados son el anular y el meñique. Esta patología no suele aparecer antes de los treinta años, aunque se puede dar el caso de que aparezca incluso en edad infantil. La evolución de esta enfermedad no tiene un patrón fijo ya que puede darse la estabilidad de la afectación durante un periodo de tiempo así como atenuarse de repente.

Tras la intervención quirúrgica se coloca un vendaje compresivo, incluyendo la muñeca y dejando libres las extremidades digitales. La primera cura se realiza tras las primeras 48 horas de la intervención, iniciándose la reeducación a partir de ese momento. El objetivo será recuperar rápidamente la flexión completa de los dedos; la extensión se recuperará de manera progresiva.



Metodología y material

Una vez que la persona es intervenida quirúrgicamente, los objetivos del Terapeuta Ocupacional se basan en los siguientes aspectos: evaluación de costras y cicatrices tiernas, evaluación de movimientos limitados y rigidez articular, actitud protectora hacia la lesión e hipersensibilidad. La metodología de nuestra intervención la dividiremos en dos fases: la primera basada en proporcionar pautas de higiene en las manos y tratamiento de cicatrices; para ello hay que instruir al paciente para que comience el ablandamiento mediante masaje de la cicatriz durante varios minutos 3 veces al día. La segunda fase, realizando una aplicación de masajes a la cicatriz, estiramientos de los flexores de los dedos, ejercicios activos y utilización de férulas en extensión. Se realizarán 5 sesiones diarias de 10-15 repeticiones con un conjunto de movimientos activos de flexión y extensión.

El programa de ejercicios debe incluir:

- Garra completa (cerrar y abrir el puño)
- Garra en gancho (con las MIF extendidas, flexionar y extender la IF)
- Flexión y extensión individual de un dedo.
- Flexión individual de la IFD bloqueando la IFP.
- Movimientos de adducción y abducción de cada dedo.
- Flexión y extensión de MCF con IF en extensión.



Ferulización

La férula ha de colocarse cuando comience el programa de ejercicios activos, teniendo como finalidad mantener la ganancia de la extensión obtenida tanto con la intervención quirúrgica como con el programa de ejercicios. Las posiciones de las articulaciones serán:

- ✓Muñeca: al inicio ligeramente flexionada para reducir la tensión en la piel de la palma. A medida que avance la cicatrización de la herida se debe llevar a una posición más funcional.
- ✓MCF inicialmente en flexión (10-20°) y posteriormente colocarla en posición neutra.
- ✓Articulación IFP. Si con la operación se ha conseguido una extensión completa, se coloca una férula estática en extensión total. En caso contrario, utilizaremos férulas estáticas seriadas para una recuperación progresiva del paciente. Éstas se ajustan 2 veces por semana conforme vamos consiguiendo la extensión.
- ✓Articulación IFD. Se deja libre para permitir la excursión del tendón.

La férula debe mantenerse unas 12 semanas de forma continua (durante el día y la noche en las 3 primeras semanas y durante las 9 siguientes, generalmente, se utilizará sólo por la noche).



Conclusiones/ Discusión

El resultado y objetivo general desde la Terapia Ocupacional es eliminar las limitaciones residuales postquirúrgicas y conseguir la máxima funcionalidad de la mano afectada, permitiendo a la persona continuar realizando aquellas actividades de la vida diaria que como consecuencia de la aparición de esta patología habían sido interrumpidas o dificultaban su realización.



Bibliografía

- Hernández Vazquez D, Torre Alonso JC. *Monografías Médico-quirúrgicas del aparato locomotor*. Masson 2001.
- Chapinal Jiménez A. *Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en Terapia Ocupacional*. Barcelona: Masson 2002.
- Navarro Díaz C, García Domínguez J. *Enfermedad de Dupuytren. Manual de cirugía plástica [Internet]*. Sociedad de Cirugía Plástica Reparadora y Estética; 2000-2001.

- ♦Mira Melgarejo Rafael; Ortiz Ciller Lucía
- ♦RafaelLuniger@jtt.terra.es ; Luciaciller@terra.es
- ♦Profesora Tutora: Gómez Castro Cristina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO
UCAM

PÓSTERS

Intervención desde Terapia Ocupacional en el paciente con lesión medular

D. Rafael Mira Melgarejo

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Tutora:

Dña. Cristina Gómez Calero

Universidad Católica San Antonio de Murcia

Mira Melgarejo R. Intervención desde Terapia Ocupacional en el paciente con lesión medular [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.461-464p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Con este estudio quiero resaltar la importancia que tiene para la sociedad, el disponer de un lugar donde se pueda continuar la rehabilitación de aquellas personas que, tras sufrir una lesión medular, ven deteriorada su autonomía al realizar actividades cotidianas.

En España se calcula que entre 25.000 y 30.000 personas padecen una lesión medular, bien por causas traumáticas, bien por varios tipos de enfermedades.

Se trata de un estudio experimental de caso único llevado a cabo con un paciente real de 58 años, diagnosticado con Síndrome Centromedular con lesión cervical incompleta a nivel C5. Durante un periodo de dos meses durante el que realicé prácticas en un hospital de la región de Murcia, comienzo a llevar a cabo un programa de Evaluación y tratamiento en TO. En la evaluación inicial se utilizó una entrevista, una escala de valoración de AVD'S (Barthel) y goniometría. Todo ello para analizar los déficits que presentaba, planificar objetivos realistas, implementar un tratamiento en TO y analizar los resultados obtenidos.

Con el tratamiento se consigue que el paciente utilice una marcha independiente y funcional, que complete la actividad del vestido mediante la

utilización de ayudas técnicas y se elimina la sobrecarga muscular que presentaba al levantarse de la cama.

Como conclusiones se demuestra que es necesario un tratamiento continuo de TO en pacientes con limitaciones en sus Actividades de la Vida Diaria, así como resaltar la necesidad de centros en los que se incluya la figura del Terapeuta Ocupacional dentro del Equipo Interdisciplinar.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

VII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL. MARZO 2007

LESIÓN MEDULAR INCOMPLETA



INTRODUCCIÓN

En España se calcula que entre 25.000 y 30.000 personas padecen una lesión medular. Las causas se dividen en: 80% traumáticas (producidas por golpes o accidentes) y un 20% por causas médicas (enfermedades). La lesión medular es una consecuencia de la interrupción de las vías nerviosas que transmiten la comunicación entre nuestro cerebro y el resto del organismo. Esta interrupción produce un cese en las funciones motoras, sensitivas y vegetativas de la parte del organismo que queda por debajo de la lesión. La lesión medular modifica de forma permanente o temporal las actividades de la vida diaria de una persona en todos sus ámbitos, pasando ésta de ser independiente y funcional en sus rutinas a depender en la mayoría de los casos de otra persona o ayuda técnica. Dependiendo de si esta lesión es completa o incompleta y de la altura de la lesión, las consecuencias serán más o menos incapacitantes para la persona que la sufre. Una vez que se produce la lesión medular, se inicia un nuevo proceso tanto para la persona afectada como para el equipo interdisciplinar. El paciente pasará por numerosas fases: shock, negación, protesta, intento adaptativo y estado de ánimo deprimido. El equipo interdisciplinar, coordinado por el médico rehabilitador, y compuesto por distintos profesionales sanitarios -entre ellos el Terapeuta Ocupacional-, debe iniciar el tratamiento partiendo de las bases teóricas y de los marcos de referencia que la literatura ofrece, pero sin olvidar que siempre se parte de cero porque cada persona reacciona de distinta manera ante la lesión.



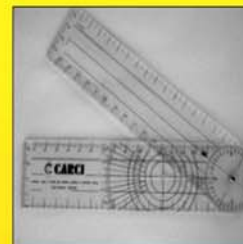
MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio experimental de caso único. Se llevó a cabo durante los dos meses en los que realicé prácticas en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. La intervención se aplicó a V.L., varón de 58 años, diagnosticado siete meses antes en el Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo, con una lesión cervical incompleta a nivel C-5 con Síndrome Centromedular y con dificultad en la manipulación fina. Presentaba Síndrome Espástico tipo 1. No presentaba ningún deterioro cognitivo.

A los tres meses de alta y desde el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, le realicé una nueva evaluación, teniendo en cuenta que de sus antecedentes patológicos V.L. presentaba limitación funcional por fractura de fémur.

Los resultados que obtengo tras la evaluación inicial son los siguientes:

- De la entrevista semiestructurada resulta que V.L. presenta ansiedad por la discapacidad que presenta en su patrón de marcha. Nos indica que en tan sólo tres meses ha de participar en la boda de su hija como padrino y le angustia el tener que utilizar el bastón.
- Presenta dolor a nivel escapular y mediante la observación comprobe que puede ser debido a la sobrecarga muscular de la escápula izquierda a la hora de levantarse de la cama. Al pasar de decúbito supino a sedestación, carga todo el peso del cuerpo en ese punto.
- Al hacer las mediciones necesarias de las articulaciones de los miembros con el goniómetro se obtienen los resultados que se reflejan en el cuadro comparativo de la parte inferior.
- Presenta una fuerza muscular de 4/5.
- Al pasarle el índice de Barthel, obtengo un nivel de dependencia moderada de 80/100. Las limitaciones que presenta V.L. en ese momento, interfieren en el vestido, ya que no consigue ponerse los calcetines ni los zapatos. En cuanto a la marcha, comprobamos que el patrón que utiliza no es funcional, ya que la base de sustentación que utiliza es muy abierta. Además presenta limitación en la articulación de rodilla y de los codos interfiriendo ésta última en el brazo. Utiliza un bastón para la marcha.



OBJETIVOS

1. A partir de los datos derivados de la entrevista semiestructurada, me planteo como objetivo aumentar el balance articular de los MMII mejorando así su patrón de movimiento.
2. Para disminuir la sobrecarga muscular que presenta a nivel escapular al pasar de decúbito supino a sedestación, nos marcamos con V.L. el objetivo de conseguir un patrón de movimiento adecuado para cambiar de posición y que así desapareciera dicha sobrecarga.
3. Otro objetivo consensuado con V.L. fue trabajar el vestido, por la importancia que tenía para V.L. recuperar la independencia en esta área y no tener que ser ayudado por otra persona.



DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

- Para intervenir en la movilidad de los MMSS y MMII, se utilizó la camilla; V.L. se coloca en decúbito supino. Iniciamos el tratamiento con cinestesia pasiva de los MMII, realizando 5 series alternas en cada extremidad.
- Una vez realizadas, pasamos a trabajar los MMSS. Utilizamos movilizaciones activas de éstos e incorporamos conos de distinto tamaño que V.L. debe ir cogiendo según la indicación del terapeuta. Se realizan también 5 series alternas en cada extremidad.
- Los patrones de movimiento que aprende V.L. para pasar de decúbito supino a sedestación son los siguientes:
 - Debe comenzar girándose hacia su lado izquierdo, situándose ligeramente en diagonal respecto a la cama.
 - A continuación sacará las piernas y se incorporará apoyándose con la mano contraria en el borde de la cama del lado en el que presenta la sobrecarga muscular.
- Para cubrir la AVD del vestido de manera independiente le proporcionamos dos ayudas técnicas que le facilitarán el poder completar esta actividad. Una de ellas es un calzador de mango largo con el que V.L. podrá alcanzar con facilidad los zapatos cuando estén en el suelo. Diariamente practicamos con un calzador de mango largo el recoger los zapatos sin necesidad de pedir ayuda, ya que la fractura de fémur que padece le limita mucho la flexión a la hora de agacharse. En cuanto a poder ponerse los calcetines, le facilitamos un pone-medias, realizado en el propio departamento.

RESULTADOS

Se muestra un cuadro comparativo con los resultados obtenidos mediante la aplicación del tratamiento que recibió V.L. a lo largo de un periodo de dos meses y durante cinco días por semana:

	Evaluación Inicial Marzo 2005	Evaluación Final Mayo 2005	
Goniometría	Flexión de hombro	150°	160°
	Extensión de hombro	40°	50°
	Flexión de codo	130°	130°
	Extensión de codo	40°	20°
	Flexión de rodilla	70°	90°
	Flexión plantar	45°	45°
	Índice de Barthel	80/100	90/100
	Observación	Marcha con muleta	Marcha funcional sin ayuda de muleta
	Observación	Sobrecarga en escápula izquierda al levantarse	Pasa de decúbito supino a sedestación sin sobrecarga alguna
	Vestido	Dependiente en el calzador de calcetín y zapatos	Independiente en todo



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Con este estudio experimental de caso único se ejemplifica cómo la intervención del Terapeuta Ocupacional es importante a la hora de conseguir mejorar o recuperar las habilidades funcionales perdidas tras un caso de lesión medular. Son pocos los centros especializados en la rehabilitación funcional de las AVD'S perdidas tras sufrir cualquier tipo de lesión, fractura, traumatismo, etc... Con esta intervención, mi objetivo es ofrecer una visión realista, tanto a los profesionales implicados en los centros hospitalarios como al resto de la población, de la intervención del Terapeuta Ocupacional y de la inclusión de éste en los Equipos Interdisciplinares.

MIRA MELGAREJO, RAFAEL
Rafaelmelgarejo@terra.es
PROFESORA TUTORA: GÓMEZ CALERO, CRISTINA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO
UCAM

BIBLIOGRAFÍA

- Aspáym, Guía Práctica para lesionados medulares. Aspáym Madrid. Madrid 2002
- Paeth B. Experiencias con el Concepto Bobath. Editorial Panamericana; 2001
- Romero Ayuso, D.; Moruno Miralles, P. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnica. Masson 2003



PÓSTERS

Un día en su lugar

M^a Del Carmen Barriga Fernández

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Sara Jaramillo Pineda

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Anabel Sánchez Santos

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Tutora:

Dña. Teresa Gómez Carroza

Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Barriga Fernández MC, Jaramillo Pineda S, Sánchez Santos A. Un día en su lugar [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.464-466p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Con nuestro trabajo se intentó sensibilizar a la población sobre las barreras que sufren las personas con discapacidad. Nuestro objetivo es doble por una parte se trata de que los alumnos de nuevo ingreso en la escuela tomen conciencia sobre la discapacidad y sus limitaciones en la vida diaria y por otra que la población no acostumbrada a ver a personas con discapacidad en su ambiente, ante el súbito aumento de dichas personas se mentalicen de que el entorno no es adecuado para todos.

Para ello los alumnos de 1º de T O de la escuela Universitaria de T. Ocupacional de Cáceres realizamos una jornada abiertas en las simulamos ser discapacitados motóricos y sensoriales (invidentes) , y para ello nos desplazamos con sillas de ruedas y bastones por distintas zonas de la ciudad de Cáceres. Con nuestro recorrido pretendíamos que tanto los alumnos por su implicación en la actividad como la población al vernos, tomara conciencia de que hay personas con problemas para desplazarse de manera autónoma y esto solo será posible con la implicación de todos.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH *Occupational Therapy*.

UN DÍA EN SU LUGAR

Estudiantes: M^a del Carmen Barriga Fernández, Sara Jaramillo Pineda, Anabel Sánchez Santos.
Profesora: Teresa Gómez Carroza
E.U. de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres

INTRODUCCIÓN

En nuestro entorno, aunque ignorados por muchos, viven cientos de personas con limitaciones, con enfermedades, con grandes impedimentos o barreras que limitan sus posibilidades y coartan sus derechos al trabajo, a la diversión, a la cultura, etc. Discapacitados a los que, "sin darnos cuenta", les negamos la posibilidad de una vida mejor a la que tienen derecho. Nos corresponde a todos intentar que su día a día sea más fácil para que así, en lugar de vivir de la sociedad vivan en la sociedad, que es la meta que debemos fijarnos.

No hay que olvidar que además de las personas con discapacidad permanente, existe un amplio sector de la población que se encuentra con problemas, con impedimentos en los desplazamientos, accesos a viviendas, lugares de ocio, iglesias, museos, etc. Este sector al que se margina involuntariamente, lo integran los ancianos, los accidentados, las mujeres embarazadas, los niños, etc. Para esta integración es preciso que las ciudades estén adaptadas a las necesidades de todos.

METODOLOGÍA

Método experimental: Ha consistido en vivir la experiencia durante un día poniéndonos en el lugar de una persona con discapacidad.

DESARROLLO/RESULTADOS

Se distribuyen de 5 a 6 grupos por Cáceres analizando las limitaciones de personas con movilidad reducida y problemas de visión.

De tener poco conocimiento sobre accesibilidad pasamos a considerar que el grado de accesibilidad es deficiente en la ciudad. Para motrices en: tiendas, bares, bancos, organismos públicos, autobuses, se encuentran puertas estrechas, rampas con demasiada pendiente o bien no existen, cabinas de teléfono sin adaptar, escalones o bordillos altos, coches aparcados en los pasos de peatones, grandes rejillas, socavones, lugares sin ascensor, baldas muy altas en los supermercado o las miradas de las personas que van por la calle. Para sensoriales en: ascensores sin braille, semáforos sin sonido, el bastón se engancha, suelos diferentes, en general falta de información en braille.

De conocer poco de accesibilidad contestamos también a una pregunta no manifiesta ¿Por qué no se ven personas con discapacidad en la calle? La mayoría responde que se sienten incómodos o no les gusta salir.



MATERIALES

Sillas de ruedas

Bastones de invidente

Antifaces

Cuestionario elaborado para recoger información sobre los conocimientos que los alumnos tenían acerca de la accesibilidad antes y después de haber realizado la práctica.

CONCLUSIONES

Las personas que han realizado un día en su lugar, se han sentido identificados en una escala de 0 a 10, en grado 7, por ellos creemos que este día sería de ayuda para que todas las personas conocieran las dificultades de la vida diaria que se encuentra una persona con limitaciones.

En gran medida esta experiencia aporta concienciación, empatía, sensibilización y hace ver que la sociedad, en un grado muy alto es injusta.

004

La impresión de este póster ha sido patrocinada por:
POSTERSESIONONLINE, REVISTA TOG y APGTO



Poster Session Online

VII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL



Poster Session Online

PÓSTERS

La comunicación con un niño autista a través de la actividad

Sara Jaramillo Pineda

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Mónica González Puerto

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

M^a Del Carmen Barriga Fernández

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Anabel Sánchez Santos

Estudiante de Terapia Ocupacional. Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Tutora:

Dña. Teresa Gómez Carroza

Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura.

Jaramillo Pineda S, González Puerto M, Barriga Fernández MC, Sánchez Santos A. La comunicación con un niño autista a través de la actividad [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.467-469p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Esta comunicación está basada en una experiencia llevada a cabo el pasado verano dentro de unos talleres, donde desde la terapia ocupacional, abordamos la intervención de un caso de autismo de un niño con siete años. Dadas las características del síndrome se hizo necesario utilizar habilidades tanto profesionales como personales, ya que el primer problema que se nos planteó fue la incomunicación. Para alcanzar nuestro objetivo,; Conseguir un mínimo grado de comunicación, se diseñaron tres actividades: Relación con las diferentes texturas, Realización de dibujos con tiza, pincel y ceras y Realización de los juegos. Estas fueron analizadas a través del "Modelo básico de análisis de la actividad". Destacamos que el periodo de atención aumentó mostrando más interés por la realización de actividades y sobre todo una considerable demanda de nuestra atención.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

LA COMUNICACIÓN CON UN NIÑO AUTISTA A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD

Estudiantes: Sara Jaramillo Pineda, Mónica González Puerto, M^a del Carmen Barriga Fernández, Anabel Sánchez Santos.

Profesora: Teresa Gómez Carroza
E.U. de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres

INTRODUCCIÓN

El caso que aquí se expone, es el de un niño de siete años con autismo, durante el verano 2006 en la realización de unos talleres.

Para alcanzar nuestro objetivo, conseguir un mínimo grado de comunicación (intentado mejorar la que el niño ya posee), se diseñaron tres actividades: relación con las diferentes texturas, realización de dibujos con tiza, pincel y ceras y diferentes juegos. Estas actividades fueron analizadas por el "Modelo básico de análisis de la actividad".



METODOLOGÍA

Para conseguir nuestros objetivos analizamos las tres actividades que utilizamos como herramienta de trabajo.

En la actividad del terapeuta ocupacional se hace necesario el Análisis de la actividad, para que las capacidades perseguidas sean las implicadas en la actividad misma, de esta forma evitaremos la realización de tratamientos estereotipados.

Para el análisis de las tres actividades, nos centramos básicamente en la función cognitiva y en las reacciones del niño, ya que los componentes, procesos, medios, etc., de su análisis no destacamos nada especial como para modificar.

Respecto a las reacciones al finalizar cada una de las tres actividades observamos una expresión deferente (alegría- gestos de agradecimiento-agitación) y en cuanto a la función cognitiva a pesar de no poder saber si el niño le ve o no un significado a la actividad, para nosotros sí lo tubo desde el momento en que le emocionó.



RESULTADOS

El primer objetivo de la primera semana era observar al niño y promover la adaptación de él a un ambiente nuevo, sin objetos de su vida habitual. Para ello, se realizaron juegos con otros niños, analizamos las reacciones que en él se producían.

La segunda semana, se consultó a la familia sobre sus preferencias y gustos. Los gustos del niño, que la familia viene observando, se centraban en el juego con una cinta, en pintar con los dedos (no sabía pintar con lápices o pinceles) y, también, le atraía escuchar música. Como objetivo inmediato de la segunda semana, se planteó desarrollar las actividades que venía desarrollando, ahora, en un nuevo entorno; el de los talleres.

Como la semana anterior se observó que el niño no se encontraba cómodo, ante la presencia de los demás, se decide trabajar con él en una mesa alejada. Se realizan periodos de descanso en los que se le proporciona al niño, sus juguetes y su cinta para que se relaje. Paralelamente y, durante estos periodos de descanso, tratábamos de atraer la atención del niño con canciones y otros juegos colectivos.

En la tercera y cuarta semana los objetivos a conseguir pretendían que el niño aprenda nuevas texturas donde pintar (sobre globos, cartulinas y folios) e introducir nuevas herramientas para el dibujo como las ceras, pinceles o tizas.

Tras los fines de semana, se observaba que el niño volvía con una importante disminución en la atención con respecto a los días de los talleres, obligándonos a esforzarnos de forma especial cada lunes.



CONCLUSIONES

Nos gustaría destacar el cambio de aptitud del niño durante el desarrollo de los talleres, aumentando la atención de forma notable, sorprendiéndonos, incluso, con muestras de afecto.

En esta experiencia, hemos podido observar como ha resultado muy favorable la relación del niño con un nuevo entorno (personas, objetos, etc), y adaptando la actividad a sus necesidades específicas una vez analizadas estas, desarrollando nuevas destrezas que hasta el momento, en el entorno familiar, no había conseguido.

Así pues, y en nuestro caso, podemos concluir que la aparición de nuevos estímulos despierta en el niño autista nuevas formas de comunicación y expresión que, aunque tímidas, podrían seguir estimulándose con unas actividades planificadas a medio y largo plazo, incluyendo lugares y personas distintas para cada periodo de tiempo y actividad.

005

La impresión de este póster ha sido patrocinada por: POSTERSESSIONONLINE, REVISTA TOG y APGTO



VII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL



PÓSTERS

Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Esquizofrenia

Dña. Fátima Rostom Ajlani

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Complutense de Madrid

Tutora:

Dña. Sonia Panadero Herrero

Universidad Complutense de Madrid

Rostom Ajlani F. Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Esquizofrenia [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.470-469p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, que presenta diferentes síntomas tanto positivos (ej. delirios) como negativos (ej. apatía), y que afecta de una forma muy importante a diferentes áreas de la vida de las personas que la padecen. Por ello esta enfermedad requiere de un abordaje integral, es decir, además de atender los síntomas de la enfermedad resulta necesaria también una atención de tipo psicosocial que aborde las necesidades de las personas en diferentes ámbitos. En el caso de la Comunidad de Madrid esta atención se proporciona a través de la red de centros de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica que incluye diferentes tipos de centros (Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de día, etc.). Algunos tipos de centros cuentan con terapeutas ocupacionales que se encargan de rehabilitar a estos pacientes entre otros aspectos: AVD, actividades de ocio, aptitudes cognitivas, etc. Este póster presenta las funciones fundamentales desarrolladas por estos profesionales en estos centros.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.



Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Esquizofrenia

AUTORA: FÁTIMA ROSTOM A.J.LANI
TUTORA: SONIA PANADERO HERRERO
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

La esquizofrenia es la enfermedad mental grave y crónica mas frecuente. Es un trastorno psicótico que se caracteriza por síntomas que clásicamente se han agrupado en dos categorías (positivos y negativos) y que conlleva habitualmente importantes alteraciones en el funcionamiento de las personas que lo padecen.

SINTOMAS POSITIVOS	SINTOMAS NEGATIVOS	DÉFICITS
DELIRIOS: son ideas irracionales que afectan a la percepción de la realidad. Estas ideas pueden tener diferentes contenidos como persecución, culpa o pecado, grandeza, etc.	APLANAMIENTO AFECTIVO: disminución en la expresión de emociones, inexpresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, etc.	Auto cuidados (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.).
ALUCINACIONES: consiste en la percepción de estímulos que en realidad no existen. Las mas frecuentes son las auditivas y visuales, aunque también hay táctiles, olfatorias y gustativas.	ANHEDONIA: pérdida de interés por actividades de ocio, disminución del deseo sexual, etc.	Autonomía (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en actividades de la vida diaria, dependencia económica, etc.).
PENSAMIENTO DESORGANIZADO: es un trastorno formal del pensamiento, que se observa mediante la expresión del lenguaje. Puede manifestarse mediante descarrilamiento del lenguaje, incoherencia, presión del habla, etc.	ALOGIA: empobrecimiento del pensamiento y por tanto del lenguaje (ej. bloqueo, pobreza del habla, etc.)	Autocontrol (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.).
COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO: son conductas extravagantes que pueden afectar a diferentes áreas, fundamentalmente al vestido y apariencia, conducta social y sexual y conductas repetitivas.	ABULIA: alteraciones en iniciar y mantener Actividades de la Vida Diaria (rendimiento bajo, aseo e higiene alterados.)	Relaciones Interpersonales (Falta de red social, inadecuado afrontamiento de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales, aislamiento).
	DÉFICIT DE ATENCIÓN	Ocio y tiempo libre (Escasez y poca implicación en actividades de ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés).
		Funcionamiento cognitivo (Dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).
		Funcionamiento laboral (Falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades en las relaciones socio laborales, etc.)

Las necesidades de las personas con esquizofrenia, y en general, con enfermedades mentales graves y crónicas, son múltiples y complejas, por lo que es importante que estas personas reciban una atención tanto clínico-psiquiátrica como psicosocial. En la Comunidad de Madrid la atención prestada en los servicios sanitarios de salud mental se complementa con una red de recursos de atención psicosocial, que actualmente se están ampliando gracias al *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Esta red está formada por varios tipos de centros con diferentes objetivos, concretamente:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)
- Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)
- Centros de Día (CD)
- Equipos de apoyo comunitario (EA)
- Centros Residenciales: Alternativas residenciales comunitarias.
 - a) Mini-Residencias (MR)
 - b) Pisos supervisados (PS)
 - c) Pensiones concertadas supervisadas (PC)

Otros Recursos:
Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI).

En estos centros trabajan equipos multidisciplinares formados por diferentes tipos de profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales) que varían según el tipo de centro. Los terapeutas ocupacionales realizan diferentes funciones, centradas fundamentalmente en el trabajo en Actividades de la Vida Diaria.

FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Reeducar a los pacientes a realizar su auto-cuidado individualmente:
 - Ducharse
 - Cepillarse los dientes
 - Higiene anal
 - Vestimenta adecuada con el clima y el lugar al que se asiste
 - Cuidado de las uñas
 - Limpieza de la ropa
 - Maquillaje
 - Afeitado
- Enseñar normas para convivir en sociedad:
 - Al ir a hacer la compra esperar en la cola
 - Formas de dirigirse a los demás (respeto)
- Mantenimiento económico
 - Saber realizar la compra según el saldo que se obtiene (calidad - precio)
 - No malgastar el dinero en algo innecesario
- Normas de Comida
 - Masticar con la boca cerrada
 - No hablar mientras se mastica
 - Manera de coger los cubiertos
- Ocio y tiempo libre
 - Actividades que mejoren sus facultades mentales y funcionales y que además que les hagan disfrutar
 - Se les deja que inicien ellos una actividad y que la mantengan
- Orientación sexual
- Interacción Social
- Integración en la Comunidad
- Visitas a domicilio para valorar el ambiente en el que vive el paciente
- Tareas Domésticas
 - Hacer la Cama
 - Cocinar
 - Planchar
 - Tender la Ropa
- Prevención de situaciones estresantes que conllevan a un nuevo brote
- Evitar hábitos tóxicos
- Educación Sanitaria

Ejemplos de algunos programas de Terapia Ocupacional

1. Programa diseñado para el Manejo de medios de transporte.

Modulo I: Conocimiento de los medios de transporte.

Participación, motivación y roles.
Aptitudes vs. dificultades.
Expectativas del usuario y/o de la familia.
Diferentes medios de transporte.
Planos.
Autobús.
Metro.
Tren.

Modulo II: Utilización de los medios de transporte.

Participación, motivación y roles.
Aptitudes vs. dificultades.
Expectativas del usuario y/o de la familia.
Seguridad vial.
Cómo llegar al Centro.
Autobús.
Metro.
Tren.

Modulo III: Itinerarios

Participación, motivación y roles.
Aptitudes y dificultades.
Expectativas del usuario y/o de la familia.
Itinerario entre dos estaciones.
Itinerario entre dos puntos.

Modulo IV: Conducción.

Participación, motivación y roles.
Aptitudes y Dificultades.
Expectativas del usuario y/o de la familia.
Educación vial.
Tipos de permisos.
Autoescuela.

2. Programa diseñado para labores de Cocina.

Modulo I: La Compra.

Participación, motivación y roles.
Aptitudes y Dificultades.
Expectativas del usuario y/o de la familia.
Delimitación de las funciones y características de cada comercio.
Ubicación de los pequeños comercios del barrio.
Las grandes superficies.
Obtención de provisiones: La compra. Consideraciones a tener en cuenta.

Modulo II: Preparación de platos sencillos.

Participación, motivación y roles.
Aptitudes y Dificultades.
Expectativas del usuario y/o de la familia.
Preparación del desayuno.
Preparación de bocadillos.
Preparación y elaboración de platos sencillos.
Preparación y elaboración de platos precocinados.
Utilización de electrodomésticos.

Modulo III: Elaboración de comidas.

Participación, motivación y roles.
Aptitudes y Dificultades.
Expectativas del usuario y/o de la familia.
Preparación y elaboración de comidas.
Menús.
Utilización de electrodomésticos.

Agradecimientos al Centro de Rehabilitación Psicosocial de Carabanchel, Fundación Buen Samaritano
Agradecimientos a Beatriz González Martín (Terapeuta Ocupacional del centro)

006

La impresión de este póster ha sido patrocinada por:
POSTERSESSIONONLINE, REVISTA TOG y APGTO



VII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES
DE TERAPIA OCUPACIONAL



PÓSTERS

Intervención del Terapeuta Ocupacional en situaciones de maltrato al anciano

Dña. Cristina Martínez Navarro

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia

Dña. Elena M^a Pérez Muñoz

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia

Dña. M^a Ángeles Juan Azorín

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia

Tutora:

Dña. Elena Sánchez Durán

Universidad Católica San Antonio de Murcia

Martínez Navarro C, Pérez Muñoz EM, Juan Azorín MA. Intervención del Terapeuta Ocupacional en situaciones de maltrato al anciano [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.470-473p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num2/suple2.pdf>

RESUMEN

Introducción

La O.M.S. definió el maltrato como “una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista confianza”, esto constituye un problema social de gran magnitud que debe ser abordado por todos los profesionales que forman parte de la asistencia geriátrica.

Desde terapia ocupacional vamos a realizar una intervención, enfocada tanto al anciano como al cuidador en su globalidad.

Basándonos en el valor terapéutico de la ocupación y en el adecuado equilibrio de las áreas de ejecución.

Objetivos

Los objetivos que nos marcamos desde terapia ocupacional son: informar y formar al cuidador sobre el correcto cuidado del anciano, para evitar situaciones de negligencia.

Disminuir la sobrecarga tanto física como emocional del cuidador, disminuyendo de esta forma los riesgos que pueden desencadenar la situación de maltrato. Alcanzar la máxima autonomía posible del anciano para realizar

sus actividades del a vida diaria, potenciar relaciones sociales tanto del cuidador como del anciano.

Material y métodos

Hemos basado nuestro trabajo en la información obtenida de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales sobre maltrato a personas mayores, las experiencias prácticas de terapeutas ocupacionales en Geriatría, y los porcentajes obtenidos de investigaciones financiadas por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Y la recopilación bibliográfica obtenida de la biblioteca de la Universidad Católica de San Antonio (Murcia).

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional

INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN SITUACIONES DE MALTRATO AL ANCIANO

Juan Azorín M^a, Martínez Navarro C, Pérez Muñoz E.
Tutora: Sánchez Durán E.
Universidad Católica San Antonio de Murcia



I. INTRODUCCIÓN

• La O.M.S. definió el maltrato como "una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista confianza", esto constituye un problema social de gran magnitud que debe ser abordado por todos los profesionales que forman parte de la asistencia geriátrica.
• Desde terapia ocupacional vamos a realizar una intervención enfocada tanto al anciano como al cuidador en su globalidad.
• Basándonos en el valor terapéutico de la ocupación y en el adecuado equilibrio de las áreas de ejecución.

II. OBJETIVOS

- Los objetivos que nos marcamos desde terapia ocupacional son: informar y formar al cuidador sobre el correcto cuidado del anciano, para evitar situaciones de negligencia.
- Disminuir la sobrecarga tanto física como emocional del cuidador, disminuyendo de esta forma los riesgos que pueden desencadenar la situación de maltrato
- Alcanzar la máxima autonomía posible del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria.
- Potenciar relaciones sociales tanto del cuidador como del anciano.

III. MATERIAL Y MÉTODO

Hemos basado nuestro trabajo en la información obtenida de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales sobre maltrato a personas mayores, las experiencias prácticas de terapeutas ocupacionales en Geriátrica, y los porcentajes obtenidos de investigaciones financiadas por el Ministerio de Educación y Ciencia Y la recopilación bibliográfica obtenida de la biblioteca de la Universidad Católica de San Antonio (Murcia). Dentro de la valoración se van a utilizar las pruebas de evaluación estandarizadas, las cuales nos van a aportar información del nivel de estrés que presenta el cuidador y por otro lado del nivel funcional de la persona mayor en las actividades de la vida diaria.

IV. DATOS ESTADÍSTICOS

Aunque las encuestas realizadas son escasas, los resultados nos indican que entre el 4% y el 6% de las personas de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato dentro de su hogar y esta situación podría ser más reciente en las residencias de ancianos. La mayoría de ancianos maltratados son mujeres. Y la mitad de los casos son provocados por sus hijos, el 12% por el cónyuge, y el 7% por hermanos y otras personas.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1 – Moya Bernal, A. Barbero Gutiérrez J; Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación, Instituto de mayores y Servicios Sociales, 2006, Madrid
2- Internet: www.imsersomayores.csc.es



V. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La actuación a nivel de AVDB pretende conseguir la mayor autonomía posible del anciano, bien mediante el uso de ayudas técnicas, la modificación del entorno o la adaptación de las actividades.
Para evitar el aislamiento que se suele presentar, se fomentará la participación en actividades de ocio grupales (AVDA). Se realizará una selección de actividades en función de los intereses y preferencias de la persona, este aspecto a va ser trabajado tanto con el anciano como con el cuidador. Es recomendable que tanto el anciano como su cuidador participen en actividades de ocio conjuntas para de esta forma reforzar los vínculos afectivos y vivenciar momentos agradables y satisfactorios.
Es fundamental realizar un abordaje preventivo para evitar las situaciones de negligencia y abandono, que en ocasiones ocurren por la falta de conocimientos por parte del cuidador, de ahí la importancia de informar y formar al cuidador en el correcto cuidado, tanto del paciente como de sí mismo. Por tanto nuestra intervención parte de la premisa de alcanzar un adecuado equilibrio en las áreas ocupacionales, para aumentar la calidad de vida del anciano y su cuidador, previniendo o eliminando la situación de maltrato que en muchas ocasiones se presenta por la falta de apoyo y de ayuda que presentan las familias, confiamos en que, con la nueva ley de dependencia se otorguen las ayudas necesarias y por consiguiente se consiga disminuir el número de casos de maltrato en la tercera edad.



PÓSTERS

Seguimiento domiciliario del Terapeuta Ocupacional en salud mental

Dña. Laura Manresa Lisón

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia

Dña. María Palacios Vela

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Antonio de Murcia

Tutora:

Dña. Cristina Gómez Calero

Universidad Católica San Antonio de Murcia

Manresa Lisón L, Palacios Vela M. Seguimiento domiciliario del terapeuta ocupacional en salud mental [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.474-477p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Introducción:

El paciente que ya ha recibido el alta en Salud Mental (S.M.) no significa que esté estable a lo largo de su vida, sino es que susceptible de cambios no favorables en su vida cotidiana, conllevando a una desestructuración en las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.). El propósito a conseguir es una inclusión del Terapeuta Ocupacional (T.O.) en el campo de la S.M., concretamente seguimientos domiciliarios en el paciente residual. También es muy importante el pilar de la familia, ya que puede influir de una forma paliativa en la evolución de la enfermedad, pudiendo ocasionar un desequilibrio funcional. El T.O. tiene como objetivo principal conseguir la mayor autonomía y rutina en su vida diaria.

Material

Hemos utilizado la observación, entrevistas semiestructuradas y escalas de valoración para las A.V.D. como Escala de Kazt, escala de Lawton & Brody y Listado de Intereses.

Métodos

Lo que principalmente buscamos es la motivación intrínseca del paciente, utilizando los Marcos de Referencia Cognitivo-Conductual, Humanista,

Psicodinámico y de la Psicología Social. El marco de trabajo en el que nos basamos es el "Domain & Process" enfocado al "Modelo de la Ocupación humana" de Kielhofner.

Resultado

Tras el tratamiento de T.O. en el domicilio se consigue dotar al paciente de la mayor autonomía, independencia y rutina estructurada en la vida diaria y conseguir en la familia la mayor complicidad posible e implicarla en el tratamiento.

Discusión

Conseguir dar apoyo al paciente y a la familia.

Conclusión

La T.O. es necesaria en este campo de actuación porque pretendemos una reinserción lo más adaptada posible del paciente a la vida diaria junto con su familia.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

Seguimiento domiciliario de T.O. en Salud Mental.



Autores: María Palacios Vela,
Laura Marvosa Lison
Tutor: Cristina Gómez Calero.

INTRODUCCIÓN.

El paciente que ya ha recibido el alta en Salud Mental (S.M.) no significa que esté estable a lo largo de su vida, sino es que susceptible de cambios no favorables en su vida cotidiana, conllevando a una desestructuración en las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.). El propósito a conseguir es una inclusión del Terapeuta Ocupacional (T.O.) en el campo de la S.M., concretamente seguimientos domiciliarios en el paciente residual. También es muy importante el pilar de la familia, ya que puede influir de una forma paliativa en la evolución de la enfermedad, pudiendo ocasionar un desequilibrio funcional. El T.O. tiene como objetivo principal conseguir la mayor autonomía y rutina en su vida diaria.

OBJETIVOS.

Lograr y/o mantener la mayor independencia en las A.A.V.D.

- Higiene Personal y Aseo**
 - Limpieza bucal, peinado, afeitado, cuidado de las uñas, uso de productos de higiene, técnicas correctas de aseo y ducha.
- Movilidad Funcional**
 - Técnicas en el posicionamiento y en la marcha.
- Vestido**
 - Selección de la ropa adecuada dependiendo de la estación del año y temperatura.
 - Combinación adecuada de las prendas.
- Actividad Sexual**
 - Técnicas de contención o trabajar HHSS en el momento de relacionarse.

Funcionalidad Ocupacional.

- Técnicas de búsqueda de empleo/estudios**
 - Identificación y selección de oportunidades de trabajo-estudios bajo criterios personales, limitaciones y preferencias.
 - Entrenamiento en HHSS en situaciones formales.
- Establecer rutinas**
 - Pautas de organización del tiempo a lo largo del día.
 - Uso productivo del tiempo.
- Relaciones sociales**
 - Involucrarse en asociaciones e instituciones.
 - Entrenamiento en HHSS.

Lograr y/o mantener la mayor independencia en las A.I.V.D.

- Manejo de temas financieros.**
 - Administración del dinero.
 - Pautas de consumo del dinero.
 - Diferenciar los distintos valores monetarios.
- Manejo de la medicación.**
 - Rutina y conocimientos sobre su tratamiento.
 - Importancia de la medicación que toma y los efectos secundarios que pueden provocar.
- Resolución de problemas.**
 - Situaciones de emergencia.
 - Organización de la dieta rutinaria.

aconsejar a la familia.

- Informar y concienciar sobre la patología.**
 - Dar a conocer las características sobre la patología.
 - Orientación sobre la resolución de problemas.
- Dar independencia y evitar sobreprotección.**
 - Promocionar la independencia del paciente.
 - Concienciar a la familia la independencia del paciente.
 - Consecuencias de la sobreprotección.

POBLACIÓN DIANA.

Este seguimiento esta dirigido a todos aquellos pacientes que hayan recibido el alta en Salud Mental teniendo en cuenta:

Inclusión: Para aquellos pacientes que han recibido el alta hospitalaria que vivan con su familia o que vivan solos o en pisos tutelados.
Exclusión: Pacientes necesitados de una asistencia.

MATERIAL.

Hemos utilizado la observación, entrevistas semiestructuradas y escalas de valoración para las A.V.D. como Escala de Katz, escala de Lawton & Brody, registros del sueño, de la conducta, de problemas, cuestionario de satisfacción con la ejecución ocupacional, evaluación subjetiva del funcionamiento ocupacional, cuestionario de ocio, inventario de intereses de ocupaciones de ocio, configuración individual de actividades, cuestionario de la configuración individual de actividades,

MÉTODOS.

Lo que principalmente buscamos es la motivación intrínseca del paciente, utilizando los Marcos de Referencia Cognitivo-Conductual, Humanista, Psicodinámico y de la Psicología Social. El marco de trabajo en el que nos basamos es el "Domain & Process" enfocado al "Modelo de la Ocupación humana" de Kielhofner.

RESULTADO.

Tras el tratamiento de T.O. en el domicilio se consigue dotar al paciente de la mayor autonomía, independencia y rutina estructurada en la vida diaria y conseguir en la familia la mayor complicidad posible e implicarla en el tratamiento.

DISCUSIÓN.

Consiguir dar apoyo al paciente y a la familia.

CONCLUSIÓN.

La T.O. es necesaria en este campo de actuación porque pretendemos una reinserción lo más adaptada posible del paciente a la vida diaria junto con su familia, lo más integrado posible a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA.

Terapia Ocupacional, Wilard & Spackman.
T.O. Teoría y Técnicas, Dulce Romero.

IMPLEMENTACIÓN.

MÓDULO 1

Bloque 1:

Entrevista inicial, se llevará a cabo dos semanas antes del alta hospitalaria, en la cual tendremos el primer contacto con el paciente, presentándonos, explicándole cuál es nuestra función como T.O., que vamos a trabajar con él, así como explicándole el por qué de nuestro servicio, por cuánto tiempo será y mostrando los objetivos que queremos lograr con él (es muy importante concienciarle que va a ser sometido a un cambio y esto solo se lleva bien a cabo cuando produce una necesidad), explicar la relación que se llevará con la familia, en caso de vivir con ella y definir sus funciones con él, y al finalizar la sesión explicar en qué se basará la próxima.

Bloque 2:

Valoraciones (escala de Katz, Lawton & Brody, listado de intereses, Revisar los distintos registros que se llevan a cabo en el centro) en el que está ingresado (registros del sueño, de conducta, etc).

Bloque 3:

Entrevista ocupacional (no estandarizada).

Si vive sólo: Hacer un seguimiento sobre las condiciones de la vivienda, valorar tanto el estado del inmueble como de los enseres, mantenimiento de la higiene, limpieza, etc.

Si vive con la familia: que nos comente cómo se ha encontrado al paciente desde la llegada al domicilio (tanto la familia como él mismo), su adaptación y evolución, si se ha encontrado perdido en algún momento, ha estado nervioso o no ha sabido resolver algún problema que haya sucedido, al igual que nos debe de comentar si ha sido ayudado en las distintas funciones que el paciente debe de realizar o si ha pedido ayuda y si le han brindado de autonomía, evitando siempre por parte de ellos la sobreprotección. Que el paciente nos cuente cómo se encuentra interiormente y con la familia, si se siente productivo o si tiene problemas en la convivencia, también que la familia nos comente cómo va a nuestro paciente en su desarrollo de la vida diaria tanto de forma personal como en convivencia, en el caso que nos encontremos con disputas o problemas de comunicación es muy importante tener una entrevista con los familiares y paciente para poder resolver problemas y establecer pautas de convivencia.

El paciente nos debe de comentar cómo se va desde que le fue dada el alta hospitalaria, si se siente productivo y ve que es capaz de realizar metas que se proponga.

Si vive sólo: se harán las misma valoraciones que en el módulo anterior. Si ha esta recibiendo asistencia de la brigada de limpieza se intentará que el paciente haga más incapié en que debe de hacer esas tareas él sólo, para que sea autónomo en lo máximo de lo posible.

Se volverán a revisar los protocolos de seguimiento, para certificar si se da una buena adaptación, se volverá a evaluar el entorno donde vive nuestro paciente así como también se pasará un cuestionario de satisfacción con la ejecución ocupacional y una evaluación subjetiva del funcionamiento ocupacional.

Si vive con la familia: valoración sobre cómo va evolucionando la convivencia con la familia, intentar inculcar al paciente cada vez de funciones más importantes, además de las que ya tiene adjudicadas y trabajar con la familia la promoción de independencia del paciente.

MÓDULO 2

El día del alta acudir junto con el paciente a su vivienda ya que será la primera toma de contacto con su nuevo entorno (es muy importante que se haya establecido una buena relación terapéutica con el paciente ya que debe de encontrarse en un momento agradable y de confianza en el proceso del cambio).

Si va a vivir sólo: se le darán una serie de pautas de orden junto con resumen de problemas que puede encontrar al vivir sólo y cómo llegar a solucionarlos (tener en cuenta que cuando nos referimos a vivir sólo será, la "mayoría" de los casos, en pisos tutelados).

Cuando finalice nuestra sesión con el paciente debemos dejar marcado a los cuidadores o supervisores siempre un protocolo de registro del sueño, de la conducta y de problemas que se hayan dado, para así poder hacer un seguimiento más exhaustivo de nuestro paciente y saber si se está produciendo algún desequilibrio del estado del paciente y que nosotros no hayamos percibido.

Si va a vivir con la familia: explicar cuáles serán sus ocupaciones a partir de ahora en el medio familiar junto con la misma y dar una serie de pautas a seguir tanto por el paciente como por ésta para que se de una buena comunicación y convivencia lo más apacible posible.

Se hará una revisión de los protocolos de seguimiento, se volverá a evaluar el entorno donde vive nuestro paciente así como también se pasará un cuestionario de satisfacción con la ejecución ocupacional (sólo la primera parte) y una evaluación subjetiva del funcionamiento ocupacional, pues nosotros, como Terapeutas Ocupacionales, pretendemos brindar de los conocimientos para que el paciente sea independiente al máximo posible y esto se llevará a cabo con el complemento de cuidadores, auxiliares y trabajadores familiares que trabajarán día a día las técnicas que hemos enseñado a nuestro paciente.

Bloque 1:

Se trabajarán las habilidades adquiridas en conjunto en el módulo anterior y añadiremos técnicas de búsqueda de empleo o formación académica y se llevará a cabo una organización de tareas y rutinas diarias.

Bloque 2:

Se animará al paciente a establecer sus preferencias e intereses en las distintas actividades de ocio, que vea a que le da más valor a la hora de realizar una actividad lúdica y busque nuevos intereses, así como involucrarse en organizaciones y actividades donde pueda relacionarse con más personas y establecer amistades.

Bloque 1:

lo que pretendemos principalmente es conseguir una buena adaptación del paciente a su entorno, trabajando con él la A.V.D. Básicas.

Bloque 2:

Se continuarán trabajando las actividades propuestas en el bloque anterior, uniendo a la vez las A.V.D Instrumentales.

MÓDULO 5

En este punto nos vamos a enfocar en el seguimiento residual del paciente de todo el tratamiento que se ha llevado a cabo desde el alta hospitalaria

008

La impresión de este póster ha sido patrocinada por: POSTERSESSIONONLINE, REVISTA TOG y APGTO



VII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL



PÓSTERS

Perfil del estudiante de Terapia Ocupacional

Dña. Lucía Carrión Monrabal

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia

Dña. Anna Santandreu García

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia

Dña. Elena Sanz Carrillo

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia

Tutora:

D. Francisco Tomás Aguirre

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia

Carrión Monrabal L, Santandreu García A, Sanz Carrillo E. Perfil del estudiante de terapia ocupacional [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.478-480p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

La Terapia Ocupacional, al menos en nuestro medio, presenta un elevado índice de desconocimiento, incluso entre estudiantes universitarios de otras titulaciones. Es frecuente que el estudiante de la titulación se enfrente a situaciones en las que se ve obligado a explicar en que consiste su carrera, a definir sus competencias, sus campos de actuación o incluso las asignaturas que estudia. Esta circunstancia conlleva, en muchos casos, que el estudiar Terapia Ocupacional presente una dificultad adicional a la de cualquier otra titulación más arraigada y conocida socialmente, por ello, parece lógico inferir que el estudiante de TO presenta una serie de características diferenciadoras propias.

Por ello, nos planteamos realizar un estudio descriptivo del perfil del estudiante de terapia ocupacional en nuestra universidad. Se desarrolló una encuesta con 18 ítems, revisada y validada por docentes y profesionales de la TO que analizara, además de las variables clásicas, las perspectivas respecto a la titulación, previas, actuales y futuras, las preferencias laborales, los niveles de satisfacción y las diferencias de opinión entre cursos de la Diplomatura. Los resultados y posterior análisis de las encuestas nos han permitido establecer el perfil medio del Estudiante de Terapia Ocupacional, en una Universidad de pequeño tamaño como es la UCV, con reciente implantación de la titulación y con la próxima finalización de su primera promoción.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

Perfil del estudiante de Terapia ocupacional

Lucía Carrión Monrabal
Anna Santandreu Garcia
Elena Sanz Carrillo

Tutor: Francisco Tomás Aguirre

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

- La Terapia Ocupacional, al menos en nuestro medio, presenta un elevado índice de desconocimiento, incluso entre estudiantes universitarios de otras titulaciones. Es frecuente que el estudiante de la titulación se enfrente a situaciones en las que se ve obligado a explicar en que consiste su carrera, a definir sus competencias, sus campos de actuación o incluso las asignaturas que estudia.
- Esta circunstancia conlleva, en muchos casos, que el estudiar Terapia Ocupacional presente una dificultad adicional a la de cualquier otra titulación más arraigada y conocida socialmente, por ello, parece lógico inferir que el estudiante de TO presenta una serie de características diferenciadoras propias.

Por ello, nos planteamos realizar un estudio descriptivo del perfil del estudiante de terapia ocupacional en nuestra universidad. Se desarrolló una encuesta con 18 ítems, revisada y validada por docentes y profesionales de la TO que analizara, además de las variables clásicas, las perspectivas respecto a la titulación, previas, actuales y futuras, las preferencias laborales, los niveles de satisfacción y las diferencias de opinión entre cursos de la Diplomatura.

Los resultados y posterior análisis de las encuestas nos han permitido establecer el perfil medio del Estudiante de Terapia Ocupacional, en una Universidad de pequeño tamaño como es la UCV, con reciente implantación de la titulación y con la próxima finalización de su primera promoción.



Perfil del estudiante

Mujer 22 años, soltera, residente en Valencia en unidad familiar, situación laboral: parada, estudios de sus padres nivel medio, situación laboral de estos activos. Los estudios muestran que tiene un familiar que presenta discapacidad, pero esta condición no ha influenciado en la elección de Terapia Ocupacional.

Estudios previos a la diplomatura: bachiller. El conocimiento previo de la diplomatura era mínimo o a través de del libro de las notas de corte. La terapia Ocupacional fue elegida en primera opción en un alto porcentaje, y el resto de opciones fueron educación especial y fisioterapia.

Los alumnos muestran un grado de satisfacción alto y la diplomatura ha respondido a sus expectativas en general.

Los campos de actuación más demandados son: discapacidad física, psíquica y/o sensorial, trastornos post-quirúrgicos, ámbitos hospitalarios y comunitarios.

Gracias a aquellos que realizaron la encuesta, a aquellos que la realizaron y no nos llegó a tiempo.

Y gracias a nuestro profesor Francisco Tomás Aguirre.



VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia
Ocupacional



009

La impresión de este póster ha sido patrocinada por:
POSTERSESSIONONLINE, REVISTA TOG y APGTO



VII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES
DE TERAPIA OCUPACIONAL



PÓSTERS

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA), una visión diferente

D. David Lucas-Torres Zaragoza

Estudiante de Terapia Ocupacional. Centro de Estudios Universitarios.
Universidad de Castilla La-Mancha

Tutora:

Dña. Dulce María Romero Ayuso

Centro de Estudios Universitarios. Universidad de Castilla La-Mancha

Lucas-Torres Zaragoza D. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA), una visión diferente [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.481-484p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

El tema de mi póster versa sobre el TDAH en la edad escolar (6 – 11 años), ya que considero que es una gran problemática debido a que presenta una prevalencia entre el 3 – 7 % (según el DSM – IV), presentándose por lo menos 1 niño con TDAH en cada aula española (Isabel Orjales, 2002).

Tras analizar la literatura en castellano e inglés he establecido las principales necesidades tanto cognitivas, conductuales, motoras y en las diferentes áreas de las AVD.

Después de este paso previo e establecido una tabla con los principales déficit que me va a servir de ante-sala para establecer un programa de intervención de Terapia Ocupacional, dirigido a sus padres para que sea llevado a cabo en su hogar, debido a que es un medio sin ningún tipo de estructuración (véase reglas de conductas, tipo el medio escolar) y en el que los padres presentan una gran indefensión sin saber como priorizar sus actividades y presentando grandes problemas para realizar la gran mayoría de AIVD.

El problema es de tal magnitud que la tasa de divorcios es mucho mayor que en los matrimonios con niños normales del mismo modo estudios coinciden en que las madres de niños con TDAH, muestran mayores índices de depresión que sus maridos y que las madres de niños sin TDAH.

La propuesta de mi póster se basa en establecer un programa de T.O. dirigido a niños con TDAH en su hogar basado en el modelo de la Ocupación Humana de Kielhfoner mediante un marco de referencia teórico conductual.

De este modo y tras analizar la gran problemática establezco la gran necesidad de crear un programa de Terapia Ocupacional en el hogar ante la gran indefensión que presenta este colectivo.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.



TDHA: una visión diferente

INTRODUCCIÓN

- Se caracteriza por la falta de atención e hiperactividad
- Afecta de un 3 a un 6% de los niños en edad escolar
- Alta prevalencia
- Gran problema para los padres
- ¿que hacer con el tiempo libre?
- desarrollo de la patología en la infancia condiciona vida adulta
- Niños mas agresivos son los que menos pautas educativas presentan en sus casas.
- Adultos con TDHA mas probabilidad de presentar muertes violentas, embarazos no deseados, suicidios
- Alta tasa de divorcio entre los padres con niños con TDHA
- Alteración de auto cuidados, ocio y AVD
- Niños con TDHA: **INCOMPRESIÓN Y FRUSTRACION**

RESULTADOS

- Necesidad de aplicar un programa de intervención
- Dirigido a los padres
- Mediante pautas educativas
- Actividades llevadas a cabo por los padres tras pautas del T.O.

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

PROBLEMA	EXTENSIÓN	GRAVEDAD	VISIBILIDAD EN EL TIEMPO	REFERENCIA LOCAL	TENDENCIA
MOTORES	10	10	8	9	5
COGNITIVOS	9	10	5	8	7
CONDUCTUALES	5	7	5	8	3
AVD	10	9	9	9	3

* El número de niños entre 0-10
** Cada vez más en unidades de la literatura

MARCOS Y MODELOS
MARCO DE REFERENCIA
TEÓRICO: Conductual
MODELO: modelo de la ocupación humana de Kielhofner

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Tras el análisis pormenorizado de la literatura e llegado a la conclusión de la necesidad de aplicar un programa de T.O. en el hogar ya que es un medio desestructurado (sin reglas de conducta preestablecidas VS escuela)

En nuestro programa se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Abordaje de las dificultades motoras
- Abordaje de las dificultades sensoriales
 - aumento de la sensibilidad sensorial
 - aumento de registros sensoriales
 - proporcionar activación
- Abordaje de las dificultades cognitivas
 - incrementar conductas de atención
- Abordaje de las dificultades intrapersonales
- Abordaje de las dificultades interpersonales
- Abordaje para el cuidado personal
- Abordaje para las actividades productivas
- Abordaje del ocio



MEDIANTE UN ADECUADO ENTRENAMIENTO A LOS PADRES EN EL QUE SE ESTABLEZCA UNA JERARQUÍA APROPIADA EN EL SISTEMA FAMILIAR



- ESTRUCTURAR Y MOTIVAR
- INTERVIENDO EN EL ENTORNO Y CON EL ENTORNO

OBJETIVOS EN TDAH (AMBITO DE LA T.O.)

OBJETIVOS A L/P

- Finalización de actividades
- Mejora en ABVD
- Mejora de la atención
- Mejora del auto control
- Descenso del stress y de la ansiedad
- Aumento de la tolerancia al esfuerzo
- Mejora en la aceptación de normas y reglas
- Estimular actividad participativa
- Mejorar la comunicación
- Fomentar relaciones interpersonales
- Mejora del rendimiento académico

OBJETIVOS A C/P

- Descenso de la actividad motora
- Aumento de la capacidad atencional
- Descenso de la impulsividad
- Aumento de la tolerancia a la frustración
- Aumento de la concentración.
- Interiorización de técnicas de relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en habilidades comunicativas
- Entrenamiento en técnicas de estudio
- Desarrollo de técnicas de resolución de problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- JOSEP TOMÁS Y MIQUEL CASAS (2004). TDHA: hiperactividad, niños miedos e inquietos. Barcelona, Laertes.
- LARRY B. SILVER (2000). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Barcelona, Ars medica.
- ISABEL ORJALES (2002). Niños hiperactivos, impulsivos y desatentos. Madrid, UNED
- DULCE MARIA ROMERO AYUDOS (2005). Sesiones sobre TDHA. Talavera de la Reina.



AUTOR: David Lucas-Torres Zaragoza
TUTORA: Dulce M Romero Ayuso
Centro de Estudios Universitarios - Talavera de la Reina

PÓSTERS

Grado de conocimiento de la Terapia Ocupacional en el ámbito educativo de Málaga

Dña. Desirée Jérez Barranco

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad de Málaga.

Dña. María del Mar Velasco Ruiz

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad de Málaga.

D. Jaime Martín Martín

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad de Málaga.

Dña. Margarita García García

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad de Málaga.

Dña. Almudena Fernández

Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad de Málaga.

Tutor:

Dña. Laura Ruiz Rodrigálvarez

Universidad de Málaga

Jérez Barranco D, Velasco Ruiz MM, Martín Martín J, García García M, Fernández A. Grado de conocimiento de la Terapia Ocupacional en el ámbito educativo de Málaga [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M, Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.484-486p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Nos disponemos a realizar un proyecto que cuantifique el grado de conocimiento que existe en el ámbito educativo (alumnos y profesores) de bachillerato) sobre la terapia ocupacional en Málaga.

La población que vamos a valorar serán alumnos y profesores de distintos centros de bachillerato de la provincia de Málaga.

Cuando dispongamos de estos datos elaboraremos una serie de recursos audiovisuales que acerquen el sentido y significado de la terapia ocupacional a los futuros estudiantes universitarios.

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO DE MÁLAGA

¿QUÉ CREEN QUE SOMOS EN MÁLAGA?

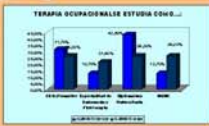
Tras realizar encuestas en cinco Centros de Bachillerato de la ciudad estos son los resultados:

"Ah! Sí... Jugar al parchís y eso ¿no?"



"¿Tera qué?"

"No sé lo que es, nunca he oído hablar de eso ..."



"La Terapia Ocupacional sirve para relajar cuerpo y mente".



ANTE ESTOS RESULTADOS DECIDIMOS HACER UN PROYECTO PARA DAR A CONOCER LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO EN MÁLAGA DURANTE "DESTINO UMA".



PÓSTER



DÍPTICO



PRESENTACIÓN POWER POINT



VÍDEO



TRÍPTICO

PORQUE LA TERAPIA OCUPACIONAL ES ...

"El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del paciente en la relación con la actividad, intencionada hacia objetivos específicos, previamente analizada y seleccionada en función de las necesidades del enfermo, incapacitado o marginado y con fines de evaluación, prevención, adiestramiento y reinserción tendentes a conseguir el máximo grado de autonomía con el mínimo de alienación posible para conseguir una equilibrada adaptación al medio"

Gómez Tolón, 1997

VII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Agradecimiento a nuestros compañeros de 1º de Terapia Ocupacional por colaborar con sus trabajos para la asignatura Fundamentos y Técnicas de Valoración en Terapia Ocupacional.

Realizado por: Raquel Cantero Téllez, Almudena Fernández Molero, Margarita García García, Desirée Jerez Barranco, Jaime Martín Martín y Mª del Mar Velasco Ruiz.

Tutorizado por: Laura Ruiz Rodríguez.



PÓSTERS

Los padres de un niño autista

Dña. Ana María Medina Ortega

Estudiante de Terapia Ocupacional. Centro de Estudios Universitarios.

Universidad de Castilla La-Mancha

Tutora:

Dña. Dulce María Romero Ayuso

Centro de Estudios Universitarios. Universidad de Castilla La-Mancha

Medina Ortega AM. Los padres de un niño autista [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M. Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.487-490p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

El autismo es una alteración severa del desarrollo y la comunicación que aparece antes de los 30 meses. Este programa intenta desde el punto de vista de la terapia ocupacional un tipo de actuación, en la cual los padres se implican activamente, ya que son ellos los que se encuentran frecuentemente en contacto con los niños, y en muchas ocasiones no saben comportarse ni actuar

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

LOS PADRES DEL NIÑO AUTISTA

Medina Ortega A.M
Tutora: Dulce María Romero Yuso
CeU Talavera de la Reina

INTRODUCCION

El autismo es una alteración severa del desarrollo y la comunicación que aparece antes de los 30 meses.

Se da en 4 niños por cada 10.000 y es cuatro veces más frecuente en varones que en niñas.

Se desconocen sus causas, aunque la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que estas son de origen biológico.

Hay cuatro características fundamentales que presentan todas las personas que padecen autismo:

1. La alteración aparece precozmente.
2. Tienen severas dificultades de comunicación y relación.
3. Su lenguaje presenta alteraciones y deficiencias.
4. Realizan acciones "ritualizadas"; se resisten a los cambios en el medio.

Los autistas tan lejanos aparentemente de nuestro mundo "normal" solo pueden acercarse a él a través de lento y paciente trabajo especializado posibilitado en todos los casos y por la implicación activa de los padres y familiares de autistas, de sus colegios, asociaciones y del conjunto de la sociedad.

Para dicha implicación de los padres, estos deben saber tan el diagnóstico de sus hijos, por parte del médico especializado, como encontrar aquel juego o actividad que los identifique con el niño y les permita convivir en recreación.

CRITERIOS DE INCLUSION

Este programa intenta ofrecer desde el punto de vista de la terapia ocupacional un tipo de actuación, en la cual los padres participaran activamente, ya que son ellos los que están frecuentemente en contacto con el niño, y en muchas ocasiones no saben como comportarse o ayudarles

Dicho programa esta basado en el desarrollo de habilidades del niño mediante el juego, que anteriormente habremos trabajado nosotros con él, y que enseñaremos a los padres para que ellos puedan trabajarlo en casa

Se trabajará de forma grupal e individual, de forma que los padres tomen contacto con otras personas en su misma situación y a la vez también nos podamos centrar en las alteraciones, habilidades y conductas de cada niño.

Se harán diversos grupos, dependiendo del grado de inteligencia del niño, ya que puede ser muy variable, oscilando desde la normalidad a una deficiencia profunda con características especiales.

ANÁLISIS DE PROBLEMAS

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1- Apoyo familiar | 1-Estrés |
| 2- Generalización | 2-Generalización |
| 3- Falta de comunicación | 3-Insomnio comunicación |
| 4- Arousal | 4-Depresión |
| 5- Manejo del tiempo | 5- Ansiedad |
| 6- Autocontrol y conducta | 5-Incomprensión |

Williamson y Anzalone (1997) afirmaron que la falta de implicación por parte de los familiares en el tratamiento no se debía a un posible rechazo hacia el niño, sino por la ausencia de conocimientos y técnicas

MARCOS DE REFERENCIA

- Marco del Referencia Conductual
- Modelo humanista de kielhofner

CONCLUSION

Para evaluar este programa me basaré en tres términos fundamentales: eficacia, eficiencia, y efectividad.

Considero que de gran importancia la figura de los padres en el tratamiento de una persona autista, ya que son con ellos con los que pasan la mayor parte del tiempo.

Los padres a través de dicha escuela conocerán los puntos fuertes y débiles de sus hijos con los que poder trabajar en casa, tendrán un mayor conocimiento de la enfermedad a la que tanto miedo tienen, y podrán comunicarse con mayor normalidad con sus hijos.

También podrán acudir a la escuela hermanos del niño, con el que podrán compartir juegos de mesa, al aire libre, viendo al hermano como un "igual"

En conclusión, los padres intervendrán activamente en el tratamiento de sus hijos pretendiendo conseguir los objetivos planteados al inicio y durante todo el proceso de evaluación.

METODOLOGIA

El programa se llevará a cabo en un centro de Educación Especial, e irá dirigido a los niños autistas que se encuentren en edades comprendidas entre 3 y 5 años. También en horario de tarde se trabajara con los padres, ayudando y enseñando técnicas, actividades, y juegos para mantener unas relaciones más fluidas con sus hijos.

En concreto, este programa profundiza en la escuela para padres, en la que como anteriormente he citado, se le enseñará como convivir con un niño autista.

Dicho programa se implantará durante seis meses, comprendidos desde el inicio del curso escolar (septiembre) hasta febrero, intentando conseguir todos los objetivos planteados.

La escuela de padres se llevara a cabo tres días a la semana (lunes, miércoles, y viernes) durante 2 horas cada día, y se suspenderá durante los periodos vacacionales y días festivos.

El material que se requerirá será principalmente un aula donde se llevará a cabo la educación dirigida a los padres. En muchas ocasiones se utilizará el material, con el que sus hijos por la mañana han trabajado, como pueden ser juguetes, dibujos puzzles... con el fin de conseguir que los padres aprendan técnicas con las que trabajar con sus hijos en casa.

Principalmente trabajaremos el juego, la comunicación y el aprendizaje de las actividades básicas de la vida diaria de sus hijos.

CRONOGRAMA

	L	M	X	J	V
MAÑANA	LOS NIÑOS SE ENCUENTRAN SIGUIENDO EL TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL.				
TARDE	ESCUELA DE PADRES		ESCUELA DE PADRES		ESCUELA DE PADRES

BIBLIOGRAFIA

- Rodríguez, J. (2000) Psicopatología Infantil Básica. Madrid. Ed. Pirámide. Grupo Anaya S.A
- VV.AA. (1995) DSM-IV. Breviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona.Masson. S.A.
- VV.AA (1995) Autismo Infantil. Aspectos Médicos y educativos. Madrid. Santillana. S.A.
- Loovas(1992) El niño autista. El desarrollo del lenguaje mediante la modificación de conducta. Madrid. Editorial. Debate. S.A Zarbano.
- www.autismo.com/scripts/articulo/muestra.idc?n=12es
- www.autismo.com/scripts/articulo/muestra.idc?n=signos/
- www.pasoapaso.com.
- Williamson, g. & Anzalone, M.(1997)Sensory integration: A key component of the evaluation and treatment of young children with severe difficulties in relating and communicating. Zero to Three17 (5),29-36
- Stancliff, B.L.(1996) Autism: Defining the OT'role in treating this confusing disorder. OT Practice, 1, 18-29



PÓSTERS

Evolución de la Revista de Terapia Ocupacional

Galicia. Revista TOG

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Terapeuta Ocupacional. Director de Revista TOG. Miembro Comité Editor.

Dña. Nereida Canosa Domínguez

Terapeuta Ocupacional. Miembro del comité editor y comité de difusión de TOG.

Talavera Valverde M, Canosa Domínguez N. Evolución de la Revista de Terapia Ocupacional Galicia. Revista TOG [Póster]. En García López MJ, Cruz Belvis E de la, Emeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, Lama Pérez S de, García Martín F, Velasco Pérez MJ, González Cano M, González Domínguez M. Compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. Tog (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de cita]; volumen 5 (supl. 1): [aprox.491-494p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com>

RESUMEN

Con este póster, intentamos revisar de que manera la Revista de Terapia Ocupacional Galicia Revista TOG www.revistatog.com desarrolla su labor como agente de promoción de la disciplina.

El resultado, es el esfuerzo de la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO), editora de esta revista científica y que aglutina a un total de 40 personas en diversos comités. Todos ellos conforman una de las publicaciones que junto a otras de carácter científico, se encuentran funcionando en España.

Esta revista científica aglutina artículos relacionados con la divulgación, investigación y difusión de la Terapia Ocupacional. La revista, está abierta a colaboraciones procedentes de otras profesiones que tengan vinculación con la Terapia Ocupacional.

Revista TOG www.revistatog.com , pretende crear un nexo de unión entre todas las comunidades autónomas, generando un espacio donde los autores que residan en las mismas puedan exponer sus artículos. Además, es también un punto de encuentro con otros profesionales de América Latina y del resto de continentes, que por el interés de sus trabajos quieran hacerlos llegar a TOG www.revistatog.com. Revista TOG www.revistatog.com incluirá textos originales y no aceptará artículos que hayan sido publicados en otras revistas o monografías; si podrán realizarse reseñas o revisiones de estos textos en el caso de que se considerasen interesantes para su publicación. Los textos serán

revisados por comités de pares por los miembros del comité científico quienes evaluarán el interés de la publicación y se lo comunicarán al autor. Los textos se enviarán, ajustándose a los criterios y orientaciones de los epígrafes relacionados con las normas de publicación.

Con este póster, por tanto ofrecemos toda la información destacable de Revista TOG www.revistatog.com, su periodicidad, las bases de datos de y reponedores de revistas donde se encuentran. La manera de revisión de artículos previos a su publicación, miembros que la forman y así como todas aquellas opciones que conforman Revista TOG www.revistatog.com .

Por todo ello, queremos presentar TOG www.revistatog.com, ofreciendo su desarrollo al menos inmediato de esta publicación. Destacando como factor clave el COMPROMISO con la profesión que desde TOG www.revistatog.com se quiere impulsar.

Forma de contacto: miguelrevistatog@yahoo.es

DECS Terapia Ocupacional.

MESH Occupational Therapy.

REVISTA TOG

www.revistatog.com
ISSN 1885-527X



REVISTA TERAPIA OCUPACIONAL GALICIA

AUTORES: Talavera Valverde, Miguel Ángel*; Canosa Domínguez, Nereida**

*Terapeuta Ocupacional. Director de TOG. Miembro comité editor

** Terapeuta Ocupacional. Miembro comité editor. Coordinadora Comité de Difusión de TOG.

Forma de contacto: miguel@revistatog.com

La Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO), es la editora de Revista TOG:
Revista de Terapia Ocupacional Galicia.

www.revistatog.com



TOTAL ARTICULOS 2004-2007:

48

Cartas del Director 5

Cartas de la presidenta 1

Editorial 5

Originales 21

Revisiones 7

Colaboraciones 6

Artículos de opinión 1

Experiencias 2

BASES DE DATOS Y REPOVEDORES DONDE ENCONTRAR TOG

DIALNET <http://dialnet.unirioja.es> FISTERRA.COM <http://www.fisterra.com/index.asp/>

CUIDEN <http://www.doc6.es/index/> LATINDEX <http://www.latindex.unam.mx/>

DIRECTORIO DE REVISTAS DE ACCESO ABIERTO <http://www.doaj.org/>

COMPROMISOS DE REVISTA TOG

Revista TOG pretende crear nexos entre todas comunidades autónomas, generando espacios para exponer artículos. Además, es un punto de encuentro con otros profesionales de América Latina y del resto de continentes, que ofrecen sus trabajos a Revista TOG.

Los textos son revisados en comités por pares, evaluando el interés de la publicación, comunicándose al autor y ofreciendo textos con calidad científica al lector.

Revista TOG es una publicación semestral, con un monográfico anual, de acceso libre y gratuito, favoreciendo la difusión y promoción de la Terapia Ocupacional

PERSONAL QUE CONFORMA TOG

40 Repartidos en

Dirección

Secretaría

Comité Editor

Comité Asesor

Comité de Estilo

Comité de difusión

Comités Científico Internacional

Comités Científico Nacionales

Comité de Honor

Traductores

Webmaster

Copyright © 2008. Talavera Valverde N.A., Canosa Domínguez N. Todos los derechos reservados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Contacto: miguel@revistatog.com

NOTAS

1.

NOTAS

Como citar este libro en sucesivas ocasiones

García López MJ.; Cruz Belvis E. de la; Emeric Méaulle D.; León Collado A.; Sánchez Sáez I.; Millán García V. et alt. compiladores. Investigación en Terapia Ocupacional 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional [suplemento en Internet]. Ferrol (A Coruña): APGTO, Revista TOG; 2008. Volumen 5. Suplemento 1 [citado día mes y año]. Disponible en: www.revistatog.com

Este libro se acabó de maquetar en Ferrol a 21 de Diciembre de 2007

Versión electrónica imprimible

Investigación en Terapia Ocupacional 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. ©

INVESTIGACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL 90 AÑOS DE HISTORIA



Promueve



Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Edita



Asociación Profesional Gallega
de Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)

Enero 2008