

# Revista Asturiana de Terapia Ocupacional



n.º **2**

Diciembre 2005



# SUMARIO

**EDITORIAL** ..... pag. 3

## ONCOLOGÍA

**LA ATENCIÓN DE LOS FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES DE NIÑOS Y**

**ADOLESCENTES CON CÁNCER: LA EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

F ávia Liberman y Marisa Takatori ..... pag. 5

## PSIQUIATRÍA

**INTEGRACIÓN SENSORIAL Y ESQUIZOFRENIA**

Sibille Tönnissen Hoppe ..... pag. 13

## TERAPIA OCUPACIONAL

**TERAPIA OCUPACIONAL Y LECTURA CRÍTICA**

César Luis Sanz de la Garza ..... pag. 18

## GERIATRÍA

**PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS**

Elena Díaz Cáceres ..... pag. 22

## LABORAL

**DECÁLOGO PARA UNAS BUENAS RELACIONES LABORALES**

Emilio Álvarez Mendoza ..... pag. 24

## ENTREVISTAS

**Araceli Díaz Fernández** ..... pag. 27

**PÁGINAS ASOCIACIÓN** ..... pag. 30

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... pag. 33

**IV BECA PARA PROYECTOS**

**DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO "SUSANA RODRÍGUEZ"** ..... pag. 35

## DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

Depósito Lega : AS-02720-2005

I.S.S.N: 1699-7662

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Saray De Paz Ranz

Elena Díaz Cáceres

Gabriel Sanjurjo Castelao

FOTO PORTADA: La Moncloa

(Antiguo Hospital Psiquiátrico de Oviedo)

Realizada por Gabriel Sanjurjo

[aptopa@latinmail.com](mailto:aptopa@latinmail.com)

## IMPRIME

IMPRENTA GOYMAR

Padre Suárez, 2

33009 OVIEDO



**H**ACE 10 AÑOS. Siendo el día 29 de Noviembre de 1.995 se firmó el acta de Constitución de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias. Lo rubricaron Saray De Paz Ranz, Juan José Ferrero Lomas y Gabriel Sanjurjo Castela. Era la tercera Asociación Profesional Autónoma que se creaba. Desde aquellos tiempos muchos devenires ha sufrido nuestra querida Terapia Ocupacional, eso sí, siempre manteniendo una línea creciente de socios y de compromiso con nuestra profesión.

Haciendo un repaso a estos años no puedo por menos de recordar las primeras reuniones, auténtica toma de contacto entre los Terapeutas Ocupacionales que trabajábamos por aquel entonces en Asturias (¡éramos 19!). Algunos ni siquiera conocían a los compañeros, incluso del mismo ámbito de actuación. Poco a poco se fue creando una identidad propia, alejada de los intereses que por aquel entonces se trataba de imponer desde la Asociación Española. En esos primeros años participamos/creamos junto con otras Asociaciones el germen de lo que a buen seguro será la Federación de Terapia Ocupacional, reivindicando en todas las reuniones una implicación total en el desarrollo pleno de la articulación estatal.

Me acuerdo particularmente (no en vano estaba allí) de una Asamblea General de la Asoc. Española en el año 96 en la que una asociada, (en ese momento, y quizás todavía a día de hoy, la TO con mayor peso específico en la profesión) propuso un cambio de los estatutos para acoger a las emergentes asociaciones autonómicas. Esta propuesta fue aprobada. Hoy después de 9 años se sigue sin aplicar aquella decisión. Esto, después de dos años de promesas incumplidas, produjo un cambio en la forma de actuación de la Asociación Asturiana. Nuestra meta ya no era la integración con la asociación estatal sino que a partir de entonces asumimos una independencia en todas las iniciativas y empezamos a estructurar la Asociación. Se crearon servicios como la asesoría laboral (el primero en España). Se contactó con las Instituciones Asturianas para el pleno reconocimiento de la figura del TO, con funciones claras y bien delimitadas. Se diseñaron los planos y perfiles, recogidos en documentos técnicos, de los TO según los campos de aplicación. Se creó un servicio de bases documentales/Biblioteca para organizar todo lo que la Asociación producía. Se instauró una línea de fomento y colaboración para la formación postgrado. La evolución positiva de los acontecimientos produjo una creciente demanda de TO's sobre todo en geriatría, con lo que el número de profesionales aumentó de forma considerable, sobre todo entre el 99 y el 2.003, triplicando su número. Ante esta situación nos marcamos objetivos más ambiciosos, y fruto de ello fueron los ciclos de sesiones clínicas y, sobre todo, la creación de la "Beca de Investigación y Estudio Susana Rodríguez". Aprovecho para felicitar a los ganadores de este año por su interesante trabajo acerca de la Fibromialgia.

Llegados a este punto no puedo por menos que recordar que detrás de todo esto siempre estuvieron profesionales comprometidos, personas que trabajaron por el bien del colectivo, anteponiéndolo al interés personal. Realmente parecen muy lejanos aquellos días. Nombrarlas a todas sería muy extenso pero sirvan estas líneas para agradecerlo.

En todo este camino se han encontrado dos grandes problemas; el desconocimiento de la profesión y derivado de este, el intrusismo profesional. Ante el primer problema la asociación ha actuado desde el primer momento; se han dado charlas divulgativas, contacto con asociaciones de afectados, mailing de trípticos (ya vamos por el cuarto modelo), aún así sería conveniente una mayor penetración en la sociedad, para que la demanda de profesionales sea efectiva (por ejemplo en el caso de las ayudas individualizadas para discapacitados del PA).

El caso del intrusismo es cualitativamente diferente. Todos somos conscientes de que este es el mayor problema. Se imaginan llamando a un pescadero para solucionar una fuga de agua en su piso, o a un escayolista para hacer la instalación eléctrica, o....

Sería impensable ¿verdad? ¿Entonces por qué en pleno siglo XXI, se permite que alguien sin la titulación y los conocimientos requeridos pueda jugar con lo más importante, la salud de las personas? En el mismo sentido que antes....se imaginan a alguien llevando a operar a su hijo a un fontanero, que le saque una muela un periodista, que le trate un TCE un arquitecto, o que le inyecte la medicación un abogado... Esto es lo que ocurre con la Terapia Ocupacional en Asturias en el 2.006. Una compañera me comentó una vez que había asistido a una reunión en la Consejería de Servicios Sociales con los TO que por aquel entonces trabajaban en Centros de Día. Cuando llegó a la reunión, al no conocer a varias personas, les preguntó de qué Escuela eran. Le contestaron que eran psicólogas pero que tenían muchas ganas de estudiar Terapia Ocupacional. De chiste "Voy a pilotar este avión"- ¡¿Pero... eres piloto?!- "NO, pero tengo muchas ganas de serlo. Venga, sube".

Esto nos afecta en varias vertientes:

La primera es que estos "pseudoprofesionales" ponen en peligro la salud de las personas mediante un ejercicio "profesional" sin ningún tipo de garantía. Cuando hablamos de rehabilitación funcional nos estamos refiriendo siempre a personas en que la restauración de su autonomía personal es el objetivo prioritario, un colectivo dependien-



te y discapacitado que se encuentra frente a este problema sin defensa. Este colectivo goza de especial protección según Ley 11/2002 de los Consumidores y Usuarios (ya que la asistencia sanitaria se considera un servicio esencial) y en un marco más amplio en el artículo 51 de la Constitución, apartado 1 y 2. Últimamente están colgados por los pasillos de los centros sanitarios asturianos carteles con los derechos y deberes de los usuarios. Me pregunto para qué servirán. El artículo 16 de los derechos y deberes de los usuarios dice, y cito textualmente: "El usuario tiene derecho a que las Instituciones Sanitarias le proporcionen asistencia técnica correcta con personal cualificado....". Todo esto en base a perseguir una asistencia basada en la seguridad, calidad, competencia y eficacia, bla, bla, bla.... Es sangrante que en la Sanidad Pública sigan existiendo casos como el del Centro de Tratamiento Integral de Montevil, -área sanitaria V- Gijón .Servicios de Salud Mental (SESPA)- . En donde el atropello a los derechos individuales se realiza con dinero de todos los asturianos. Se podrían citar abundantes textos legales en contra de este tipo de actuaciones, podemos obviarlos aplicando lo que el sentido común dicta.

Otra consecuencia derivada es la perversión y devaluación de la Terapia Ocupacional ya que los "pseudoprofesionales" carecen de identidad profesional y poseen una limitación de conocimientos. De esta manera los "compañeros" que trabajen con ellos difícilmente van a entender los objetivos y metodología de la TO -mucho menos los pacientes-, enquistando la creencia que Terapia Ocupacional es tener a los pacientes entretenidos, y para eso sirve cualquiera... ¿o no? Da igual que no sepamos lo que es la inervación recíproca o que pensemos que el supraespino es el último modelo de Ford... cualquiera puede pautar actividades para el brazo de un hemipléjico. De ahí que los Terapeutas Ocupacionales que llevan más tiempo trabajando hayan asistido en uno u otro momento a casos de auténtico "terrorismo rehabilitador", realizados con el atrevimiento que sólo puede dar la ignorancia (existen anécdotas para escribir un libro).

Pero claro, para valorar esas situaciones hay que ser Terapeuta o médico rehabilitador. Es difícil que el gerente de una Residencia, un enfermero o un psicólogo detecte esas malas prácticas, ya que no dominan las técnicas rehabilitadoras, el adecuado posicionamiento o las más simples movilizaciones antiespásticas (por seguir con el ejemplo anterior). Con lo cuál esta situación pasa muchas veces inadvertida. Es deber de todo profesional y ciudadano el denunciar ante la sociedad este tipo de "atención sanitaria". Esperemos que la Asociación Profesional siga denunciando los casos de publicidad engañosa e intrusismo ante el Servicio de Inspección y Evaluación de Calidad dependiente de la Dirección Gral. de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social.

A nivel laboral esto también tiene su repercusión, ya que muchos de los profesionales no acceden al trabajo precisamente por estos "pseudoprofesionales". Es sabido que si los centros donde se vende "Terapia Ocupacional" tuviesen Terpeutas el número de profesionales parados -que ya los hay- desaparecería de un plumazo.

Todos podemos poner nuestro granito de arena para que todas estas situaciones vayan reduciéndose. En este sentido la aparición de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias da a las Instituciones Públicas una mayor cobertura en cuanto a la actuación sobre estos casos. Para ello es necesario que todas las Instituciones relacionadas con la Terapia Ocupacional se comprometan en serio con esta causa. TODAS. Por ahora parece que estamos lejos de ese momento. Juzguen ustedes....

Tienen en sus manos el segundo número de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Como se comentaba en la editorial del primer número hemos abierto este espacio a diferentes profesionales que nos pueden aportar experiencias y conocimientos sin duda beneficiosos para nuestro trabajo. Es llamativo que con la corta vida de la publicación nos haga llegado un artículo desde Brasil, sumamente interesante tratando de un campo que, hasta donde yo conozco, no se trabaja en nuestro país. Buena prueba de que la difusión se ha realizado de una manera correcta. En la sección firmas contamos con la colaboración de César L. Sanz de la Garza, miembro destacado de la Psiquiatría asturiana y socio de CEDEMH (Center For Evidence Based Mental Health). Creo sinceramente que este segundo número conforma un bloque realmente interesante para todos los lectores con ánimo de conocer más profundamente la experiencia clínica de la Terapia Ocupacional.

**El Director**



# LA ATENCIÓN DE LOS FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CÁNCER: LA EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL

## CARE FOR RELATIVES AND ATTENDANTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER: AN EXPERIENCED OCCUPATIONAL THERAPY

Flávia LIBERMAN<sup>1</sup>  
Marisa TAKATORI<sup>2</sup>

### ● RESUMEN

El objetivo de este artículo es plantear y discutir algunos aspectos referentes a la experiencia de un grupo de terapia ocupacional con familiares y acompañantes de niños y adolescentes con cáncer en una institución caracterizada como "casa-hospedaje", destinada a albergar a estas personas durante el período de tiempo que dura el tratamiento en la ciudad de São Paulo, Brasil. Con base en algunas escenas de la clínica se efectúan determinadas articulaciones, poniendo de relieve la importancia de llevar a cabo un trabajo de terapia ocupacional que contemple a estos familiares y acompañantes en su calidad de sujetos de tal asistencia.

### ● PALABRAS CLAVES

Terapia ocupacional, familia, cáncer.

*Construimos el mundo con base en lazos afectivos. Estos lazos hacen posible que las personas y las situaciones se constituyan en portadoras de valor. Sentimos la responsabilidad por los lazos que surgen. Tenemos sumo cuidado con todo aquello que significa para nosotros sentido y valor. No habitamos el mundo solamente a través del trabajo, sino fundamentalmente a través del cuidado y la ternura.*

(Boff, 2001/ traducción)<sup>(1)</sup>

### ● INTRODUCCIÓN: EL TRAYECTO Y EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La propuesta de este artículo consiste en relevar algunos aspectos referentes a la familia que vive la enfermedad de uno de sus miembros. Con base en algunas escenas de la clínica, pretendemos efectuar

### ● ABSTRACT

This article treats to present and to argue some aspects on an experience of a familiar and accompanying group of occupational therapy with of children and adolescents with cancer in an institution characterized as a "house-housing" for the shelter of these people during the period of treatment in the city of São Paulo. From some scenes of the clinic it carries through some joints focusing the importance of a work in occupational therapy considering these familiar and accompanying ones as citizens of this assistance.

### ● KEY WORDS

Occupational therapy, family, cancer.

algunas articulaciones enfocando la importancia de llevar a cabo un trabajo de terapia ocupacional con dichos familiares y sus acompañantes.

Las escenas de una clínica mencionadas remiten a un proyecto de iniciación científica a cargo de dos docentes y cuatro alumnas de la carrera de Terapia Ocupacional del Centro Universitario São Camilo, São Paulo-Brasil.

Se les planteó el proyecto a los alumnos, que por su parte manifestaron su interés en tomar parte en la investigación. Dicho interés quedó explicitado a través de una justificación referente a los motivos que los llevaban a participar en el proyecto. En ese momento surgió una cuestión que movilizó a los alumnos y que pudimos constatar durante nuestro estudio: sucede que la mayor parte de los trabajos de Terapia Ocupacional en el campo de la oncología se orienta a

<sup>1</sup> e apeu a Ocupac o a eg esada de a U ves dade de São au o (US ), ás e e sco g a Soc a po a o fca U ves dade Ca ó ca de São au o ( UC S ) y doc o a da e sco g a C í ca de Nú ceo de Es uos e I ves gac o es de a Subje v dade de a UC S , Bas Doce e de a ca e a de e apa Ocupac o a de Ce o U ves a o São Ca o, de São au o Supe v so a de a pasa ía e e apa Ocupac o a de a Co udad Nossa Se o a do Rosá o; coo d ad o de g upos de es uos sob e e cue po y e apa Ocupac o a y au o a de bo Da ças e e apa ocupac o a (Su us Ed o a, Bas , 1995 )  
D ecc o : Rua Ap acás, 950, casa 18 e d zes 05017 020 São au o Bas e : (00 55 11) 3865 1097 e a : es ud of a@uo co b

<sup>2</sup> e apeu a Ocupac o a eg esada de a U ves dade de São au o (US ), espec a sa e e apa Ocupac o a D á ca po e Ce o de Es uos e e apa Ocupac o a (CE O), ás e y doc o a da e sco g a de I s uo de sco g a de a US e e á ea de sco g a Esco a y de Desa o o Hu a o Doce e de a ca e a de e apa Ocupac o a de Ce o U ves a o São Ca o, de São au o y de a Ca e a de os g ado La o Se su Especa zac ó e e apa Ocupac o a : u a vs ó d á ca ap cada a a eu o g a, de as Facu ades Sa es a as de L s, es ado São au o, Bas Es e apeu a ocupac o a de a Mu cpa dad de São au o y au o a de bo O b ca o co da o da ca a ç a co def cê ca fis ca: ef ex ões sob e a cí ca da e apa ocupac o a [E juego e e co da o de os ños d scapac ados fís cos: ef ex o es sob e a cí ca e e apa ocupac o a], pub cado po A e eu Ed o a, Bas , 2003  
D ecc o : Rua Cõ ego Eugê o Le e, 873, ap 91 e os 05414 011 São au o Bas e : (00 55 11) 3898 1028 e a : aka o @uo co b



los cuidados del sujeto que padece la enfermedad, en tanto que la actuación con los familiares apunta específicamente a la relación de éstos con el sujeto enfermo. Este aspecto puede observarse en los trabajos de Santos (2002), Morais y Valle (2001) y Servantes (2002), como así también en otros campos de la asistencia, como en Valle (1994), cuando sostiene que los progresos terapéuticos permiten hoy en día ganarle al cáncer, lo cual implica a su vez en nuevas exigencias: hacer posible una calidad de vida que involucre un mínimo posible de secuelas, sean éstas del orden que sean: de las realizaciones escolares, profesionales o afectivas<sup>(2)</sup>. En tal sentido, el proyecto de una atención específica volcada a los familiares considerados como sujetos que también requieren cuidados y que tienen sus problemáticas, sus historias y sus singularidades constituía un reto, tanto para nosotros como para los alumnos.

Este proyecto se presentó ante una institución que se caracteriza por servir como alojamiento o vivienda, pues recibe a los pacientes y sus familiares provenientes de varios estados de Brasil para el tratamiento del cáncer. Los encuentros se concretaron una vez por semana durante aproximadamente dos horas cada uno, cuando invitábamos abiertamente a todos los ahí alojados a participar del grupo de terapia ocupacional.

Adoptamos como procedimiento de investigación la redacción de actas de cada encuentro del grupo y de las supervisiones de los alumnos, como una evidencia de la importancia de los registros y de la documentación de toda la trayectoria de esta experiencia. A tal fin elaboramos un "diario de a bordo" que sirvió como medio de elaboración y reflexión de los acontecimientos durante el proceso terapéutico, que emergían en el grupo y en las discusiones que se suscitaban entre nosotras.

Ante la propuesta de un grupo de Terapia Ocupacional donde los participantes realizan actividades comprendidas como "...una inmensa gama de acciones, producción de objetos, decires, expresiones, vivencias, expresión de sentimientos..." (Morais y Valle, 2001/ traducción), nuestro acercamiento a esta población partió de la elaboración de un derrotero de entrevistas que contenía algunas cuestiones que nos parecieron relevantes en el trabajo, relacionadas con los territorios existenciales (Guattari y Rolnik, 1986 apud Liberman, 1995) de estos sujetos<sup>(3)</sup>. Con base en un dato común a todos la ruptura del cotidiano debido a la enfermedad y la necesidad de permanecer en una ciudad y en un sitio distinto durante un determinado lapso de tiempo nuestra investigación recurrió a las informaciones suministradas por cada participante acerca de su lugar de origen, el tiempo de permanencia en la institución, el repertorio de actividades de su cotidiano, su deseo e interés en realizar tales actividades y las expectativas referentes sobre qué hacer en un grupo de Terapia Ocupacional. En el marco de estas charlas investigativas aparecieron los siguientes planteos:

"Mi vida se restringe al hospital y a la casa alojamiento".

"Tengo ganas de volver a casa".

"Extraño".

En el marco de los encuentros se sucedieron diversas vivencias y dinámicas de grupos, charlas, actividades gráficas, danzas y juegos, entre otras actividades. Con base en esa materia prima elaborada en el referido grupo, constituido por terapeutas ocupacionales, actividades y familiares-acompañantes, y las escenas de una clínica, tales como decires, escenarios y acontecimientos que nos hicieron posible observar distintas problemáticas, procederemos a su rescate para entender la importancia de este espacio grupal en el cuidado de esta población.

Consideramos que las cuestiones que permean nuestra intervención y el presente artículo son, en esencia, las siguientes:

¿Es importante brindarles una atención específica a los familiares y a sus acompañantes, que escamotean la discusión sobre sus propias vidas ante la enfermedad de un familiar? ¿Podríamos plantear esta situación tal como nos lo sugiere Ribeiro en el artículo "El paciente terminal y su familia" (1994), es decir, una situación con al menos dos protagonistas: el sujeto enfermo y el grupo familiar?<sup>(4)</sup>

## ● RELEVAMIENTO DEL CAMPO TEÓRICO

Nuestro trabajo se refiere a la constitución de un grupo de terapia ocupacional con familiares y acompañantes de niños y adolescentes con cáncer que se alojan en una institución durante el período de investigación diagnóstica y/o tratamiento. En este sentido, nuestras investigaciones teóricas recorrieron ciertos temas, tales como la familia, la vida y la muerte, y aquí presentaremos recortes de estas vastas cuestiones según la discusión de varios estudiosos, con miras a coordinar nuestras reflexiones producto de la experiencia con este grupo.

De entrada, podemos pensar que el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer trae aparejado el estigma de una "sentencia de muerte", cosa que no siempre se corresponde con la realidad en tanto hecho y como una cierta cercanía temporal del final de la vida, pero a su vez se asocia a la realidad de todos: la existencia de la muerte y la finitud del hombre.

En el marco de este trabajo debemos también considerar que el alejamiento de casa y de los otros integrantes de la familia, de los amigos, de la tierra de origen, de las costumbres y de la cultura es vivido como una muerte, agravando así la sensación de pérdida, de ruptura de lo cotidiano y de extrañamiento con relación a ese nuevo lugar caracterizado como una casa, pero que no es inicialmente calificado como tal por sus ocupantes, y las dificultades para afrontar esta situación.

Cuando hay un paciente gravemente enfermo, la familia se involucra en las dinámicas que se establecen, con lo cual surgen diversas reacciones posibles, producto de los sentimientos, las memorias, las creencias y la cultura; valores que van desde la negación hasta la aceptación de los hechos. Kovács (1996) menciona a Temoshok (1992), cuando en su reflexión sostiene que hay cuatro maneras de afrontar la enfermedad<sup>(5)</sup>:

1. El espíritu de lucha: una postura activa ante los tratamientos y la posibilidad de elegir, incluido allí el rechazo en caso de que no considerarlo conveniente para uno.
2. El estoicismo: una tendencia a aceptar todo tipo de tratamientos ofrecidos, considerándolos medidas que están bajo la responsabilidad del profesional competente, lo que redundaría en una completa adhesión al tratamiento, pero llena de resignación y conformismo.
3. La negación: no se tiene en cuenta la existencia de una enfermedad, y se obra como si nada sucediera.
4. Desesperación y desesperanza: una actitud de entregarse a la desesperación y desistir.

Las personas ponen en juego distintas maneras de afrontar la situación, acordes con sus recursos psíquicos, sociales y culturales.

Con respecto a la muerte, podemos verificar en el curso de la historia del hombre distintos modos de vérselas con este momento de la vida. En tanto que en algún tiempo el sujeto moría en presencia de otras personas cercanas, en un sitio familiar o en el contexto de una situación específica, como en los campos de batalla, hoy en día el hospital es el espacio destinado al momento de la muerte; muchas veces lejos de aquello que es familiar y de aquéllos que pueden aportar el verdadero consuelo y dividir si esto fuera posible el dolor de la separación y la cercanía con eso, que todos desconocen: la propia finitud. La muerte se aleja de la vida y es cada vez más un acontecimiento en un contexto signado por la incertidumbre y el extrañamiento. "La muerte no ocurre más en la casa del enfermo, sino en los hospitales y de una forma por demás de aséptica desde el punto de vista emocional. La muerte transcurre lejos de la vista de los parientes y amigos" (Carvalho, 1996, p.36/ traducción)<sup>(6)</sup>. La muerte, al estar cada vez más lejos de aquéllos que

aman y están vivos, se aleja de eso a lo que le asignamos el nombre de vida.

Al pensar que la muerte es parte integrante de la vida y que su posibilidad es una presencia constante y natural, se abre espacio a las reflexiones sobre el tipo de relación que entablamos con el vivir. Y para los familiares, la muerte puede no ser tan sólo un momento de dolor y desestabilización de las relaciones y del cotidiano, sino un camino que lleva a pensar en sus propias vidas y muertes, y en las elecciones que hacemos en el transcurso de este proceso. Asimismo, el reto de sufrir con la muerte de alguien a quien amamos puede venir aparejado de cambios de actitudes con relación a quien está muriendo: puede oírsele y vérselo efectivamente en sus deseos ante la propia muerte.

El miedo de las emociones que tienen ligazón con la muerte y lo insoportable del dolor vivido en esta situación aleja a muchas personas del contacto con este asunto. Para algunos, el hecho de poder hablar de la muerte facilita el vivir y elaborar este momento de pérdida y separación, lo que amplía la posibilidad de mantenerse vivos en dicho momento. Una tarea difícil, como así también lo es hablar sobre un tema tan extenso.

Finalizamos con las palabras de Winnicott; en un pedido ligado al momento de su propia muerte: "¡Oh, mi Dios, pueda yo vivir cuando muera!", e, imaginando cómo describiría el final de su vida, prosigue: "Morí. No fue muy bueno, y tardó bastante por lo que pareció (pero fue tan sólo un instante en la eternidad). (...) Cuando llegó la hora, ya sabía todo al respecto del pulmón lleno de agua que el corazón no podía manejar, de manera tal que no había una suficiente circulación de sangre en los alvéolos, y hubo tanto una merma de oxígeno como un ahogamiento. Pero, para ser justo, había tenido un buen tiempo: no debería rezongar, como nuestro viejo jardinero solía decir.. Veamos un poco, ¿qué pasó cuando morí? Mi ruego había sido oído. Estaba vivo en el momento de morir." (Winnicott, 1994, p.3/ traducción)<sup>(7)</sup>.

Partimos de la consideración de que es saludable la existencia de manifestaciones de vida durante el proceso que desemboca en la muerte, lo que confirma que la muerte es parte de la vida. Y en este contexto, ¿cómo vivencia la familia este proceso?



Tomamos como referencia la siguiente noción de familia: "...un sistema entre sistemas; un sistema activo, en constante transformación, autorregulable, pero igualmente abierto a la interacción con otros sistemas" (Almeida, 2000, p.60/ traducción)<sup>(8)</sup>.

Becker (1994) también apunta hacia esa organización estructural y funcional entre los constituyentes de una familia que se influyen mutuamente, funcionando así como un sistema que a su vez establece relaciones con otros sistemas relacionados<sup>(9)</sup>.

Esto implica observar las relaciones interpersonales y sus contextos, considerando los diferentes momentos y situaciones vivenciadas por esas personas que modifican la forma de funcionamiento de las relaciones en función de esa variabilidad de sucesos durante la vida. En el grupo que constituimos, orientamos nuestra mirada y nuestra escucha hacia este enfoque relacional, procurando hacer una lectura tanto de la dinámica entablada entre los participantes del grupo, los terapeutas ocupacionales y las actividades como de las posibles interacciones familiares de cada participante que emergían durante sus decires, sus comentarios, en las asociaciones, las miradas, los dibujos, los juegos y en las dinámicas grupales y la danza, entre otras actividades realizadas.

Entendemos que las relaciones entre los sujetos y el contexto, e incluso las interrelaciones personales, no necesariamente se modifican debido a las intervenciones educativas e informativas, como así también los cambios, las evoluciones, las transformaciones y las modificaciones en el marco de un proceso terapéutico no dependen pura y exclusivamente de la aplicación de técnicas, sino también de que estas técnicas se ubiquen en el contexto o pertenezcan a la relación terapéutica.

A diferencia de aquella asistencia a las familias volcada hacia un trabajo de orientación y a la mejora en los cuidados con el sujeto enfermo o discapacitado (Elenko, 1999; Olson, 1999), hay experiencias que apuntan hacia otras direcciones: Takatori (2004) plantea que en la asistencia a los niños se le suministran informaciones y orientaciones a la familia, pero a su vez experimenta al proponer también un cuidado destinado a los integrantes de esta familia, considerándola como un sistema compuesto de relaciones interconectadas y vista como el ambiente que facilitará efectivamente que cada niño cree su propia familia e historia<sup>(10)</sup>. Este planteo del cuidado de los familiares, que encuentra en su contexto una problemática que puede ser una persona con una enfermedad o discapacitada, al contemplar a ese sujeto como perteneciente a ese sistema familiar que contiene ese suceso en su historia, también se pone de relieve en el trabajo desarrollado por Liberman y Vogel (2000) con una población de madres y cuidadores de niños y adolescentes discapacitados<sup>(11)</sup>.

Cuando nos referimos a ese familiar o acompañante como un sujeto que actúa en un contexto en el cual

una enfermedad como el cáncer se hace presente, pretendemos poner de relieve que, aunque el ambiente, especialmente la madre, o quien realiza el maternaje (Winnicott, 2000) participa de modo absoluto en la atención de las necesidades del bebé que ha nacido, en un estadio al que Winnicott (1990) le asignó el nombre de dependencia absoluta, la madre o ese sujeto va reanudando su propia vida en coincidencia con el momento en que su bebé es capaz de soportar las fallas ambientales necesarias para su desarrollo<sup>(12)</sup>. "La madre emergerá de este estado de devoción espontánea y enseguida volverá a su escritorio o a escribir novelas, o a la vida social junto a su esposo..." (Winnicott, 1990, p.84/ traducción). Es necesario avanzar rumbo a la independencia para que esa criatura siga desarrollándose y esa madre (o en un sentido ampliado: ese familiar o cuidador) pueda dedicarse a otros proyectos.

"Volver a pensar en la vida personal es también empezar a asumirse nuevamente como un sujeto con necesidades, ganas y deseos que no solamente se relacionan con el hijo" (Takatori, 2004/ traducción) que tiene cáncer o a sus preocupaciones con respecto a ese niño.

El hecho de estar dentro de una institución, lejos de casa y del cotidiano conocido, es una experiencia difícil, que requiere cambios y adaptaciones, pero que puede abrir espacio como para pensar con base en el alejamiento físico y emocional de aquello que se consideraba como familiar, ya sea su cotidiano o su funcionamiento y su ubicación en los grupos sociales y en la propia familia. Como plantea Winnicott (1982), la experiencia hospitalaria o una estadía fuera de casa, tal es el caso de la institución evocada en este trabajo, puede ser muy valiosa en lo que atañe a observar el hogar desde afuera<sup>(13)</sup>.

## ● PARA CONSTRUIR ARTICULACIONES: ESCENAS DE UNA CLÍNICA

*"Sufrimos con la escasez de espacio para el diálogo, la ternura y la solidaridad dentro de nuestra propia casa. Y fundamentalmente, porque no tenemos tiempo o disposición para el natural ejercicio de la alegría y del afecto".*

*(Lya Luft, 2003/ traducción)<sup>(14)</sup>*

Luego de los recorridos teóricos anteriores, trataremos ahora de articular algunos aspectos observados en la clínica durante el período en que realizamos la investigación, apuntando a poner de relieve la importancia de llevar adelante un trabajo específico con los familiares y sus acompañantes mediante un dispositivo grupal no necesariamente vinculado a la relación familia-acompañante-enfermo, sino más bien a la familia comprendida y constituida por sujetos con subjetividades singulares, que merecen una atención específica en la terapia ocupacional.

Con base en los estudios de familia abordados anteriormente, tomaremos otra idea planteada por Tiengo (1998) cuando sostiene que fue a partir de la introducción del modelo estructural en las ciencias humanas cuando la noción de familia empezó a considerarse como una estructura móvil. Un conjunto de elementos interdependientes que se modifican infinitas veces, al ritmo de las transformaciones que se dan en cualesquiera de los elementos constituyentes<sup>(15)</sup>.

De entrada, al poner en juego nuestra propuesta, cuando investigábamos las actividades que realizaban los participantes del grupo o que les gustaría hacer, observamos una cierta dificultad en abordar este aspecto de sus vidas, o incluso de hablar acerca de lo que querían o no hacer con estas actividades. En esta situación y en otras prácticas clínicas puestas en juego en otros contextos, dicha dificultad se hace presente al depararnos con la hipótesis de que quizás el momento de la enfermedad se vuelva más agudo y sirva incluso en ciertas ocasiones como medio para desviarse de esta problemática ligada al cuidado de sí mismo, a la organización de lo cotidiano y a la propia vida.

En muchas ocasiones el niño, añade Tiengo (1998), ya sea cuando es portador de una discapacidad tal como lo aborda la autora o cuando es el sujeto de la enfermedad, tal como es el caso que ahora discutimos, termina por erigirse en depositario de diversas cuestiones provenientes de esta familia o de este grupo, y al volcar nuestra atención a la observación de estas vidas, se hace patente que existen en efecto dificultades e historias inherentes a estos sujetos, y por eso mismo merecen un espacio específico de actuación.

Algunos testimonios ponen en evidencia este aspecto, como es en el caso de M., quien se refirió a su niña como la "salvadora" de su vida, pues a partir de su enfermedad ella pudo abocarse a reparar algunos errores que había cometido:

*"Luego de que tuve que empezar a cuidar a mi hija, le hallé otro sentido a mi vida. Puedo sentir que soy capaz de cuidar a alguien".*

En otro de nuestros encuentros pudimos observar también que M., al hablar sobre esta relación, pudo rescatar contenidos bastante delicados acerca de su historia de vida y particularmente sobre su relación con su propia madre, señalando cuestiones existentes antes incluso de que la niña enfermara.

La familia, vista como un hecho social, vinculada no solamente por los lazos de sangre, sino también por la necesidad de supervivencia de la propia sociedad, donde cada uno ha de tener una tarea que ejecutar (Ribeiro, 1994), hace que el grupo se vuelva bastante vulnerable ante la enfermedad de uno de sus miembros, y tendrá que vérsela con ciertos cambios de roles. En el caso específico que abordamos, se suma a estas situaciones también una exigencia de romper

con los cotidianos y las formas de arreglárselas con la propia vida, toda vez que los implicados dejaron sus ciudades, sus quehaceres, sus trabajos y sus momentos de esparcimientos para seguir de cerca los tratamientos necesarios y habitar una casa junto a otras personas con las que de entrada no se conocían ni tenían intimidad alguna.

En este sentido, observamos la necesidad de encargarse también de estas relaciones en dicho grupo, y cuando surgían problemáticas ligadas a la institución que las albergaba, desde las más objetivas, tales como horarios, la organización de la rutina y la limpieza, entre otras, hasta las más complejas, que pertenecían a las relaciones establecidas por los miembros de este grupo, procurábamos derivar estas cuestiones hacia las personas competentes dentro de la institución.

Así fue como notamos que aquel espacio grupal servía a diversas finalidades: para tratar las problemáticas existentes entre sus habitantes, las dificultades en el establecimiento de vínculos, los alejamientos vivenciados por las personas y, por otro lado, la posibilidad de intercambiar experiencias, de acercarse, de dar lugar al otro o incluso de la oportunidad de "hacer juntos", tal como sucedió con los trabajos corporales, las danzas y los juegos grupales que planteamos.

¿Cómo asegurar y construir otro cotidiano dentro de este nuevo contexto? ¿Cómo acercarnos a estas historias que quedaron atrás, y que trajeron tanto temor y angustia? ¿Cómo trabajar con la vida de cada sujeto perteneciente a este grupo familiar y/o que acompañaba al niño o al adolescente en estos tratamientos, toda vez que entendemos que no solamente el sujeto que ha enfermado, sino cada uno de ellos también estarían requiriendo atención? Éstas y otras tantas cuestiones nos acompañaron como terapeutas ocupacionales en el transcurso de nuestra permanencia allí.

El trabajo que planteamos en los grupos iba al encuentro de la idea de que deberíamos trabajar con la mira puesta en la autonomía de cada miembro de las familias o de los acompañantes de los pacientes. Una vez observadas las dificultades existentes para ampliar sus espacios de relación, ya que muchos participantes sostuvieron que, desde el comienzo de la enfermedad del niño o el adolescente la vida se había restringido principalmente al eje hospital-tratamiento-casa hospedaje-, entendimos que la diferenciación de los miembros de este grupo familiar tenía su razón de ser en nuestra intervención, y que al proponer las actividades y las charlas, deberíamos enfocar en tales dificultades la búsqueda de una expansión de otras formas de existir, así fueran puntuales, tales como oír música, escribir un diario, atender al propio cuerpo a través de una relajación, baile o juego o conversación.

Según Valle (1994): "La cantidad de tiempo y de esfuerzo personal orientada al tratamiento del cáncer, que demanda frecuentes idas al hospital para las



sesiones de quimioterapia y hospitalizaciones, desequilibra la vida familiar, que atraviesa una terrible transformación" (p. 225/ traducción).

Este aspecto quedó bastante claro en muchos testimonios recabados en el grupo. En uno de nuestros encuentros, les preguntamos a los presentes qué tenían en sus carteras o bolsos. Entre las respuestas surgieron remedios, termómetros, limas en caso de nerviosismo y de que se comieran las uñas, lápiz labial para después de llorar; es decir, los objetos pasan a tener otros significados y otros usos, y muchas de sus actitudes se vuelcan hacia la enfermedad.

Al abordar su práctica clínica, Tiengo (1998) plantea que debemos instaurar procesos de diferenciación del grupo familiar, pues en el caso del nacimiento de un bebé discapacitado, por ejemplo, y trasladándolo a nuestra investigación, se produce un intenso proceso donde la atención se centra en aquél que se enfermó y que efectivamente requiere cuidados, pero la vida personal de los miembros de dicha familia termina volcándose sobremanera hacia estas cuestiones<sup>(16)</sup>.

Valle (1994) discute también la dificultad del paciente en alejarse del rol de enfermo, aun cuando la cura se hace presente, es decir, se crea toda una serie de mecanismos, tanto de parte del paciente como de la familia, para ocupar determinados roles y sus determinaciones, y cuando la situación sufre alguna alteración, las dinámicas tienden a su mantenimiento. Para Tiengo (1998), la familia tiende a mantener su "homeostasis", y a tal fin construye una serie de mecanismos de defensa.

Notamos en muchos participantes una cierta dificultad para reflexionar acerca de cuáles son los recursos o actividades que podrían fortalecerlos para sobrellevar ese momento, sumada a unos sentimientos de culpa cuando lograban hacer algo que se orientase específicamente a sí mismos.

"Cuando mi hijo estaba en tratamiento, resolví hacer artesanías. Mire... a mí gustan mucho las artesanías, pero me sentí sumamente culpable, pues me estaba distraendo mientras mi hijo sufría".

Cuando propusimos hacer una danza circular, sentimos una cierta apertura y alegría en el seno del grupo, pero también un cierto tono de condena:

"¿Cómo puedo bailar cuando mi hijo está enfermo?".

En estos grupos, conversamos acerca de la dificultad de entrar en contacto con la propia vida, cuestionando sobre si tales impedimentos tendrían necesariamente algún nexo con la condición de enferma de aquella criatura o adolescente. También abordábamos otros temas que nos parecían centrales en aquel contexto: la ruptura de la rutina, la separación de los seres queridos, el echar de menos, el extrañamiento con relación a esta ciudad, las nuevas condiciones, el sentimiento de aislamiento, la soledad, el miedo y la también la esperanza, el esfuerzo y el empeño puesto en juego en toda esta trayectoria.

Observamos a su vez que la noticia de un posible regreso a los hogares tenía un impacto bastante positivo, como así también las noticias de cura y el éxito en los tratamientos de los niños y los adolescentes.

En uno de nuestros encuentros, S. estaba bastante entusiasmada. Iba a regresar a casa (en la ciudad de Manaos, norte de Brasil), lo que significaba volver a hacerse cargo de su espacio, de los otros hijos y del marido que había permanecido en casa, al margen de respirar el "maravilloso aire de la tierra natal".

Observamos que estos encuentros transcurrían en medio a un campo de fuerzas ligado a la vida y también a la muerte, que rondaba cualquier propuesta o discusión. Había también toda una dinámica institucional que tuvo su influjo en la orientación de la investigación, y sobre las rutinas de las tareas de los habitantes, en la organización de la casa y en las agendas de tratamientos y compromisos que eran prioritarios, lo que hacía que nuestro proceso allí fuera bastante complejo y plagado de interrogaciones.

## ● CONSIDERACIONES FINALES

*"La eternidad no es el tiempo sin fin. El tiempo sin fin es insostenible. ¿Se imaginan una música sin final, un beso sin final, un libro sin final? Todo aquello que es bello termina. Todo lo que es bello ha de morir. La belleza y la muerte andan siempre de la mano".*

(Rubem Alves, 2002/ traducción)<sup>(16)</sup>

Esta experiencia nos mostró la importancia de contar con un espacio específico para la atención de los familiares y los acompañantes de niños y adolescentes con cáncer. Para Ribeiro (1994), en caso de que el

dolor y las emociones puedan vivenciarse en el transcurso del proceso de la enfermedad, el grupo familiar estará en mejores condiciones de operar con los acontecimientos. A su vez, Ribeiro afirma que en ciertas ocasiones la calidad de la relación puede volverse más afectiva y adecuada que antes de la aparición de la enfermedad. Asimismo, nos parece que el aislamiento de esta familia, necesario para lidiar con tal situación, puede romperse en la medida en que se compartan dentro de un grupo con diferentes posibilidades e intensidades algunas de sus inquietudes, dudas y emociones, es decir, cuando se comparten historias de vida.

Sin embargo, se requiere de tiempo, convivencia y perseverancia para crear vínculos con esta familia y/o sus acompañantes, pues hay momentos en que hablan mucho, en tanto que en otros hacen silencio. Observamos en varios momentos que las actividades en el marco de la relación terapéutica que se estableció con la constitución de este grupo hizo posible nuestro acercamiento a los participantes y el de ellos mismos entre sí, como en el caso de la dinámica grupal del cordel, donde cada uno arrojaba éste hacia el otro que se presentaban al hablar de "algo" que le gustaba, creando así al final una red que podría significar la posibilidad de establecer interrelaciones entre personas provenientes de diversas culturas, una ligazón a través de aquello que es común a la historia de todos, una posible red de solidaridad.

Otro tema recurrente en los trabajos en el campo de la oncología se refiere a la importancia de la actuación en equipo para el tratamiento del niño y su familia. El terapeuta ocupacional aparece prioritariamente citado en los artículos específicos del área, y las actividades dentro de ese contexto tienen como uno de sus objetivos el de servir de instrumento de comunicación, expresión y creación, donde su rol, tal como sostiene Benetton (1994, p.7) sería el de reformular junto con el paciente su inactividad y su descreencia, entre otros aspectos<sup>(17)</sup>.

El tema de la muerte pareció operar como "telón de fondo" de todos los trabajos investigados, y la necesidad de preparación por parte del equipo para actuar y reflexionar sobre esta cuestión es una condición para aquéllos que actuarán con tales problemáticas, independiente del lugar que ocuparán en esta intervención. En esta investigación pudimos reflexionar también sobre la vida y la muerte, y notamos en muchos momentos que una de nuestras "tareas" fue precisamente suministrar nuestra potencia de vida para que pudieran emanar otros flujos distintos de la desesperación o de la angustia, tan presentes en este contexto.

El hecho de trabajar conjuntamente entre docentes y alumnas fue significativo y determinante para que pudiéramos también lidiar con nuestras propias angustias y dudas con relación a la orientación de nuestras acciones y a los contenidos que surgían en los grupos.

Nos dimos cuenta de que a pesar del escaso tiempo que duró nuestra investigación, nos sentimos movilizadas por la convivencia con esta población y sus cuestiones, y ante ello, en la imperiosidad de elaborar, plantear y discutir algunos de los aspectos que observamos.

Comprendimos también que existe una discusión importante en el ámbito de la Terapia Ocupacional, tendiente a reflexionar acerca de la atención de las familias de los pacientes que nosotros atendimos, y reafirmamos la necesidad y la posibilidad de ubicar a los sujetos pertenecientes a estas familias, o incluso a aquéllos que se articulan en la red de ayuda a los pacientes como sujetos de la propia asistencia, pues incluso al ser "capturados" por la necesidad de cuidar a este otro necesitan reflexionar sobre sus propias vidas, sobre sus cuerpos, sus intercambios afectivos, sus necesidades y sus deseos.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las alumnas Carolina de Campos, Flávia Lorenzini Valença, Juliana Duenha Dimitrov y Maria Cleonice dos Santos, de la carrera de Terapia Ocupacional del Centro Universitario São Camilo, por sus contribuciones a este artículo y su ayuda al recabar la bibliografía; por la lectura teórica y por la participación en las discusiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **BOFF, L.** *Princípios de Compaixão e Cuidado*. Petrópolis, Vozes, 2001.
- (2) **SANTOS, W.** *Terapia Ocupacional em Oncopediatria*. São Paulo, 2002 (digitado); **MORAIS, L. V., VALLE, E. R. M.** *A terapia ocupacional e a criança hospitalizada para tratamento de câncer*. *Pediatria Moderna* 2001; 27/ n.5: 177-83.
- SERVANTES, L. F.** *Terapia Ocupacional: pesquisa e atuação em oncologia*. Campo Grande, UCDB, 2002.
- VALLE, E. R. M.** *Vivências da família da criança com câncer*. En: CARVALHO, M. M. M. J. de (Coord.) *Introdução a psiconcologia*. Campinas, Editorial Psy, 1994; 219-42.
- (3) **GUATTARI, F.; ROLNIK, S.** *Cartografias do desejo*. Petrópolis, Vozes, 1986.
- LIBERMAN, F.** *Danças em Terapia Ocupacional*. São Paulo, Summus, 1995.
- (4) **RIBEIRO, E. M. P. C.** *O paciente terminal e a família*. En: CARVALHO, M. M. M. J. de (Coord.) *Introdução a psiconcologia*. Campinas, Editorial Psy, 1994; 197-217.
- (5) **KOVÁCS, M. J.** *A morte em vida*. En: BROMBERG, M. H. P. F. et al. *Vida e Morte: Laços da Existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996; 11-33.
- (6) **CARVALHO, V. A.** *DE A vida que há na morte*. En: BROMBERG, M. H. P. F. et al. *Vida e Morte: Laços da Existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996; 35-75.
- (7) **WINNICOTT, C. D. W. W.** *Uma reflexão*. En: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.)



Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994; 1-13.

**(8) ALMEIDA, T.** *A nossa casa: uma sessão estruturada na terapia de famílias com crianças.* En: CRUZ, H. M. (Org.) Papai, mamãe, você ... e eu? São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000, 55-72.

**(9) BECKER, E.** *A família e os profissionais: uma relação fundamental para crianças portadoras de deficiência.* *Pediatria Moderna* 1994; 30/ n.7: 1118-20.

**(10) ELENKO, B. K.** *Case Study: NeuroDevelopmental Treatment Frame.* In: KRAMER, P.; HINOJOSA, J. (Eds.) *Frames of reference for pediatric occupational therapy.* 2. ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999; 533-50.

**OLSON, L. J.** *Psychosocial Frame of Reference.* En: KRAMER, P.; HINOJOSA, J. (eds.) *Frames of reference for pediatric occupational therapy.* 2.ed. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 1999; 323-76.

**TAKATORI, M.** *Atenção às famílias de crianças com deficiência: a experiência do grupo de atividades.* En: ROCHA, E. F. (Org.) *Repensando a reabilitação de pessoas com deficiência física.* São Paulo, Roca, 2004 (En prensa).

**(11) LIBERMAN, F.; VOGEL, B.** *Trabalho corporal e dança em Terapia Ocupacional: o grupo de mães e familiares.* *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* 2000, 11/ 2-3: 63-7.

**(12) WINNICOTT, D. W.** *Desenvolvimento emocional primitivo.* En: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro, Imago, 2000; 218-32.

**WINNICOTT, D. W.** *O ambiente e os processos de maturação.* 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

**(13) WINNICOTT, D. W.** *Visitando crianças hospitalizadas.* En: *A criança e seu mundo.* 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982; 249-55.

**(14) LUFT, L.** *Perdas & Ganhos.* 17ed. Rio de Janeiro, Record, 2003.

**(15) TIENGO, M. A. A.** *Reflexões sobre o processo de autonomia da criança deficiente e sua família.* En: *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* 1998; 9/ 3: 133-6.

**(16) ALVES, R.** *Morte.* 2.ed. Campinas, Papirus, 2000.

**(17) BENETTON, M. J.** *A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental.* Campinas, tesis doctoral, 1994.



**VETUSTA  
CLÍNICA  
DENTAL**

ODONTOLOGÍA GENERAL

ENDODONCIA

IMPLANTOLOGÍA

ESIÉTICA DENTAL

PERIODONCIA

c/ Ronda, 3 - 4º

33010 OVIEDO

Teléfono: 985 20 60 84

Nº Registro Sanitario: 1 / 2117

**CLÍNICA DE TERAPIA  
OCUPACIONAL PEDIÁTRICA**

**BEAUDRY BELLEFEUILLE**

Marqués de Santa Cruz, 7 - 1º E • OVIEDO

Teléfono: 609 75 09 62



## INTEGRACIÓN SENSORIAL Y ESQUIZOFRENIA

Sibille Tönnissen Hoppe. Terapeuta Ocupacional. Comunidad Terapéutica Arriondas- SESPA

### ● RESUMEN

Muchos datos indican, que la integración sensorial en pacientes con esquizofrenia está afectada. Terapias que ofrecen tratamiento según el modelo de integración sensorial se describieron en casos prácticos, una evaluación sistemática todavía no existe. Aún sin conocimientos fundamentados sobre la aplicación terapéutica, el marco de referencia de la integración sensorial, muy consolidado en los tratamientos en niños desde la Terapia Ocupacional, puede aportar aspectos importantes para la comprensión de las dificultades que presentan muchas personas con este trastorno mental.

En este artículo se pretende ofrecer ciertos puntos de conexión entre el enfoque de la integración sensorial y el modelo explicativo de vulnerabilidad - estrés de la esquizofrenia. Se postula la hipótesis, de que existan ciertas disfunciones de la integración sensorial en muchas personas con esquizofrenia y que estas puedan constituir un factor de vulnerabilidad para este grave trastorno heterogéneo y de etiología multifactorial.

### ● INTRODUCCIÓN

El tema de este artículo surgió a raíz de mis propias observaciones de cierto parecido entre los síntomas vistos en niños con trastornos de integración sensorial y pacientes esquizofrénicos, y de las publicaciones cada vez más numerosas al respecto (W.Hesse y K.Prünke, 2003; Wölwer, 2000; Scheepers, 1997/1998; Ross, 1991 ) en el ámbito anglosajón y alemán.

En los últimos años muchos autores indican, que tratamientos de la integración sensorial pueden ser especialmente útiles para pacientes con esquizofrenia (Hesse& Königer, 1998; Kubny-Lüke, 1993; Scheepers, 1997; Hesse& Prünke, 2004 ). Coinciden que en ambos colectivos aparecen alteraciones parecidas, que pueden ser causadas al menos en parte por los mismos problemas. Las investigaciones confirman la existencia de disfunciones de la integración sensorial, que justificarían la aplicación de tratamientos basados en este enfoque.

Desde la Terapia Ocupacional se están llevando a cabo estudios, que tienen como objetivo la consolidación científica de dicho modelo para este trastorno mental incluyendo la búsqueda de métodos específicos de evaluación y tratamiento. Se describen casos prácticos que indican que un tratamiento basado en la integración puede ser beneficioso, sobre todo en fase aguda.

Se pueden alegar muchas razones para incluir ofertas desde el enfoque en el tratamiento de los esquizofrénicos. En la práctica se observó que ciertas ofertas basadas en la integración sensorial fueron muy bien acogidas por los pacientes que las utilizaron intensamente con el efecto de aumentar su bienestar.

Se conocen desde ya mucho tiempo alteraciones en el comportamiento respecto a marcha, postura, coordinación motor y contacto físico en este trastorno y existen varios enfoques terapéuticos para su tratamiento. Algunas de las terapias emplean ejercicios y actividades muy parecidos que los conocidos desde la integración sensorial. Aunque su fundamentación teórica es diferente, hay experiencias amplias como, por ejemplo, en el ámbito de la Psicomotricidad, que demuestran la eficacia de tratamientos orientados en la oferta de estímulos sobre todo a nivel propioceptivo, vestibular y táctil.

Según mis propias experiencias existen multitud de ejemplos que sugieren cierta disfunción a nivel de integración sensorial como por ejemplo cierta torpeza y dispraxia, falta de contacto ocular, fácil distracción por estímulos secundarios, defensa táctil, autoestimulación a nivel propioceptivo y vestibular como balanceo, movimientos repetitivos de estiramientos o giros de cabeza, que se ven frecuentemente en el contacto diario. Estos síntomas no pueden ser vistos y tratados de forma aislada, si no forman parte de un conjunto de disfunciones que finalmente repercuten en el bienestar de la persona y sus posibilidades de desenvolverse de forma autónoma y adecuada en su ambiente.

A continuación se presenta el modelo de la integración sensorial basado en la teoría de Jean Ayres, sus disfunciones y tratamientos, así como tendencias nuevas al respecto. Se resumen aspectos relacionados con el modelo explicativo de vulnerabilidad- estrés para la aparición de la esquizofrenia.

### ● INTEGRACIÓN SENSORIAL

A continuación se presenta un breve resumen de este enfoque terapéutico, se limita a ser una introducción sin pretender poder dar una vista más detallada de este marco de referencia. Se hará especialmente hincapié en los puntos más relevantes en relación con trastornos de integración sensorial en pacientes con esquizofrenia.

La teoría de la Integración sensorial fue el trabajo de la terapeuta ocupacional estadounidense Jean Ayres (1920-1988).

Se dedicaba al tratamiento de Terapia Ocupacional de niños, especialmente con problemas del aprendizaje. Sobre todo le interesaban los niños que a pesar de inteligencia normal, no rendían en las escuelas, que presentaban dificultades en la lectura, escritura y cálculo, muchos de ellos con trastornos de comportamiento y de hiperactividad. Observó con frecuencia déficits en la eficaz y adecuada ejecución de las actividades ocupacionales, destacando en muchos casos cierta torpeza en la realización de las actividades y la baja concentración para las mismas.

Jean Ayres esperaba poder encontrar patrones de disfunción, que explicarían las causas de este problema, facilitando el desarrollo un tratamiento óptimo.

Profundizó sus estudios licenciándose en psicología y desarrolló el enfoque terapéutico de la Integración sensorial basando su estructura teórica en la neurobiología, neuropsicología y neurofisiología.

Su modelo describe la forma en que el cerebro funciona como un todo con el objetivo de mejorar la habilidad funcional., intenta explicar los problemas de aprendizaje y de comportamiento, evalúa y trata particularmente las deficiencias asociadas a la integración de estímulos sensoriales, como la torpeza, que no se pueden relacionar con una lesión o anomalía neurológica.

Esta teoría tuvo un impacto muy grande en la profesión de Terapia Ocupacional desde sus inicios en 1960 y sigue desarrollándose y siendo modificado y ampliado para otros colectivos de pacientes, p.ej. los esquizofrénicos.

Jean Ayres se dedicó primordialmente a la

- Investigación de la Integración sensorial en el desarrollo normal del niño.
- Descripción de las diferentes formas de trastornos de la integración sensorial.
- Deducción de un concepto de tratamiento para mejorar la integración sensorial.
- Desarrollo de pruebas de evaluación estandarizadas.

El termino "integración sensorial" se refiere a un proceso neurológico y una teoría que correlaciona estos procesos con el comportamiento y el aprendizaje.

Ayres define la integración sensorial como:

- El proceso neurológico que organiza la sensación del propio y del medio ambiente y hace posible utilizar eficazmente el cuerpo dentro del ambiente.
- Los aspectos espaciales y temporales de las aferencias de diferentes modalidades sensoriales son interpretados, asociados y unificados, para ser utilizados para permitir entrar en contacto con nuestro ambiente y responder adecuadamente.
- La integración sensorial es el procesamiento de la información.

Cinco suposiciones básicas subyacen a la teoría y al uso de las técnicas terapéuticas de integración sensorial (Jean Ayres):

1. Existe plasticidad en el sistema nervioso central; por lo tanto, los procedimientos de intervención basados en la teoría de la Integración sensorial pueden efectuar cambios en el cerebro.
2. El proceso de Integración sensorial ocurre en una secuencia del desarrollo.
3. El cerebro funciona como un todo pero está compuesto por sistemas organizados jerárquicamente.
4. La evidencia de una respuesta adaptativa promueve la integración sensorial y la habilidad para producir una respuesta adaptativa se basa en la integración sensorial.
5. Existe un impulso interior (inner drive) para desarrollar la integración sensorial, que se manifiesta a través de la participación en actividades sensorio-motoras.

La convicción de Ayres, de que el cerebro trabaja como un todo está basada en los principios del desarrollo filogenético y ontogenético.

Las estructuras anatómicas más antiguas del cerebro, p.ej, el tronco encefálico o tálamo, se desarrollan y funcionan más temprano que las estructuras desarrolladas más recientemente.

Segmentos cerebrales de evolución más reciente dependen de la información de estructuras más bajas para la función y además modulan la actividad de estas estructuras superiores.

Jean Ayres pone especial hincapié en la importancia del sistema vestibular, propioceptivo y táctil, los dominados "Sentidos basales", para las diferentes etapas del desarrollo.

La disfunción de estos sistemas puede originar dificultades a nivel cortical superior. La integración a nivel de los sistemas sensoriales básicos tiene que estar muy avanzada para rendir bien en las tareas escolares y en la adquisición de habilidades.

Si estos sentidos funcionan sin dificultad, los procesos de integración son cada vez más automáticos y no necesitan atención consciente, lo que posibilita la disponibilidad de atención para otras funciones.

En el esquema siguiente se muestra el proceso de la Integración sensorial, quedando reflejados los principales sistemas sensoriales: auditivo, vestibular, propioceptivo, táctil y visual.

Se postula la hipótesis de que las aferencias de estos sistemas sensoriales se integran y conducen al desarrollo de funciones adaptativas.

La integración sensorial se desarrolla de forma escalonada, contemplando varios niveles.

**EL PROCESO DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL Y SUS PRODUCTOS**

<b>Los sentidos</b>	<b>La Integración sensorial</b>			<b>Productos finales</b>
Audición	Movimientos oculares	Coordinación de los dos lados del cuerpo	Habla Lenguaje	Habilidad de concentrarse
Vestibular (gravedad y movimiento)	Reacciones posturales (postura, equilibrio)	Coordinación de los dos lados del cuerpo	Coordinación ojo-mano	Habilidad de organizar
	Tono muscular	Coordinación de los dos lados del cuerpo		Autoestima
Propiocepción (músculos y articulaciones)	Seguridad contra la gravedad y en el espacio	Coordinación de los dos lados del cuerpo	Percepción de forma y espacio	Confianza en sí mismo
	Mamar Comer	Coordinación de los dos lados del cuerpo	Actividad con propósito	Aprendizaje académico
Tacto	Contacto madre/niño Comportamiento físico	Coordinación de los dos lados del cuerpo		Capacidad para razonar y abstraer
Visión				Lateralidad
	<b>1er. Nivel</b>	<b>2.º NIVEL</b>	<b>3er. Nivel</b>	

Para realizar actividades de forma integrada y adaptativa se precisa una organización neurológica eficiente. Esto incluye un buen funcionamiento para poder:

- recibir con precisión los estímulos sensoriales,
- procesar e integrar percepciones y
- desempeñar importantes ocupaciones de la vida.

Como productos finales del proceso de la integración se contemplan:

- Capacidad de concentración.
- Capacidad de organización.
- Autoestima.
- Autocontrol.
- Autoconfianza.
- Capacidad de aprendizaje académico.
- Capacidad de razonamiento y pensamiento abstracto.
- Especialización de cada lado del cuerpo y del cerebro.

Jean Ayres fue una pionera en la introducción de métodos de evaluación estandarizados y aplicación de tratamientos basados en su concepto. El diagnóstico de disfunción de la integración sensorial se obtiene a través de la evaluación S.I.P.T (Sensory Integration and Praxis Test).

Las pruebas fueron planificadas para evaluar:

- Las habilidades para detectar posición y movimiento en el espacio (procesamiento vestibular),

- Las habilidades para determinar la posición del cuerpo (procesamiento propioceptivo).
- Percepción táctil.
- Praxia ( destrezas de planificación motora).
- Percepción visual ( coordinación ojo-mano y discriminación visual).
- Otras habilidades.

Disfunciones en el proceso de la integración sensorial pueden aparecer en todos los niveles del desarrollo y tiene múltiples consecuencias aunque parezcan sutiles o leves. Las causas no son de todo claras, pueden ser factores genéticos, influencias desfavorables en el periodo pre-, peri- y postnatal, así como por privación sensorial.

Ayres escribió seis áreas de disfunción, relacionadas con niños con discapacidad de aprendizaje, que se denominaron síndromes:

- Trastorno auditivo de lenguaje.
- Integración bilateral.
- Dispraxia de desarrollo.
- Percepción de forma y espacio.
- Defensa táctil.
- Negligencia unilateral.

Las disfunciones de la integración sensorial se explican principalmente por sub-reacción de los sistemas sensoriales (Hiposensibilidad) y sobre-reacción (Hipersensibilidad).

La aplicación terapéutica se basa en la oferta de estímulos adecuados que ayudan a recibir e integrar informaciones, sobre todo a nivel de sentidos basales. Se proporcionan experiencias sensoriales controladas, que en todo caso deben de estar aceptadas por la persona y requieren su participación activa y voluntaria.

Cualquier intervención terapéutica basada en la integración sensorial, sea diagnóstico y tratamiento debe estar basado en una buena formación específica para garantizar un tratamiento óptimo.

## ● DISCUSIÓN Y AMPLIACIÓN DEL ENFOQUE DE JEAN AYRES

Cara al concepto de la integración sensorial según Jean Ayres se alega con frecuencia ser un modelo reduccionista, que no contempla la funcionalidad holística del sistema nervioso central y, que no tiene en cuenta las correlaciones complejas de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales.

Modelos actuales de integración sensorial adjudican más importancia a los procesamientos en estructuras más altas, partiendo de la base que estas estructuras pueden asumir funciones de control e incluso suplir ciertas disfunciones en niveles inferiores. Se hace especial hincapié en el procesamiento de información con carga emocional, en el sistema límbico, lo que parece jugar un papel importante sobre todo en la defensa táctil y más general en los trastornos de modulación.

Hoy en día ya no se rechazan modelos psicológicos para la explicación de trastornos de aprendizaje, como lo hacía Jean Ayres, que manifestaba, que dificultades encontrados en niños relacionados con la autoestima, el rendimiento escolar y las capacidades sociales eran consecuencia de una mala integración sensorial.

Los recientes conceptos consideran también factores biopsicosociales, y identificándoles como áreas independientes, aunque con múltiples interferencias entre sí. Son modelos que no se centran únicamente en estas alteraciones sensoriales y motoras, sino que describen también la percepción subjetiva de estos problemas, sus mecanismos de afrontamiento y las reacciones del entorno.

Las demás suposiciones de Jean Ayres dan menos lugar a controversia y facilitan la conexión de su concepto con los actuales modelos explicativos de la esquizofrenia.

Su suposición, de que la plasticidad neuronal perdura toda la vida, permite la oferta de tratamientos de integración sensorial también en personas adultas con la sintomatología descrita, como por ejemplo, en personas con esquizofrenia. La estructuración nueva de vías neuronales en una persona adulta precisa tratamientos a más largo tiempo, pero también se puede esperar que a través de una estimulación adecuada

mejore el procesamiento de la información procedente de los sentidos basales.

Gran relevancia para el tratamiento aporta la suposición del inner drive (impulso interno), porque predice que el paciente buscará la estimulación que necesita para facilitar una buena integración sensorial. Este punto de vista da un papel especialmente activo y participativo, encaminado a que la persona integre actividades con estimulación apropiada en su vida diaria acorde con sus capacidades y necesidades.

Finalmente me gustaría presentar ciertas modificaciones actuales en relación con los síndromes descritos por Jean Ayres. Autores como Royeen & Lane, 1998 (En Hesse & Prünthe, 2003) introdujeron el término "trastorno de modulación". Este trastorno de la integración sensorial se explica por disfunciones en el equilibrio entre procesos de inhibición y excitación a nivel neuronal.

Muchos niños y también pacientes con esquizofrenia muestran hipo- e hipersensibilidad cara a los estímulos sensoriales en una o en varias modalidades a la vez. Se observan comportamientos contradictorios, a veces buscan una fuerte estimulación, otras veces evitan o rechazan cualquier estimulación. En este contexto la defensa táctil solo sería un caso especial, una manifestación momentánea, porque solo tiene en cuenta el estado de hipersensibilidad. El trastorno de modulación está relacionado con el sistema límbico, el cual se define como "centro de modulación para todos los sistemas sensoriales". El sistema límbico es fundamental para la regulación de las emociones. El miedo, por ejemplo, incrementa el nivel de excitación y produce un aumento de sensibilidad para estímulos sensoriales. Si el individuo no logra regular sus emociones, como en una situación de estrés, pueden desarrollarse síntomas más acentuados de los trastornos descritos desde la integración sensorial.

## ● POSIBLES CONEXIONES ENTRE EL MODELO EXPLICATIVO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS Y LA INTEGRACIÓN SENSORIAL

Hoy en día se considera que la esquizofrenia como trastorno heterogéneo cuyos complejos fenómenos psicopatológicos afectan en mayor o menor medida a la totalidad del individuo que la padece. Los trastornos de la percepción de sí mismo y del mundo, más estrechamente relacionados con posibles trastornos de integración sensorial, se describieron en la literatura ya desde hace mucho tiempo y forman parte de una serie de disfunciones biopsicosociales que afectan:

- Al pensamiento.
- Al lenguaje y a la comunicación.
- A la organización del comportamiento.
- A la afectividad.
- A la motivación y voluntad.
- A las capacidades cognitivas, sobre todo la atención.
- A la capacidad de disfrute, etc.

Los actuales modelos explicativos del desarrollo de la esquizofrenia, de entre los que sobresale el de vulnerabilidad estrés (Zubin & Spring, 1977, Strauss & Carpenter, 1981; Ciompi, 1982; Nuechterlein & Dawson, 1984), sirven para organizar áreas disfuncionales dentro de una dinámica que pretende un equilibrio, entre los diferentes factores de protección y de riesgo, que han demostrado ser claves en el curso de este trastorno.

Modelos recientes como el de Hesse y Prünke (2003) para la aparición de episodios psicóticos amplían los modelos conocidos introduciendo entre otros factores los trastornos de la integración sensorial como factor de vulnerabilidad.

Fundamental para estos modelos de vulnerabilidad-estrés es la diferencia entre rasgos permanentes y estados pasajeros. El episodio psicótico se contempla como estado pasajero y reversible producido como respuesta al estrés en personas vulnerables. Permanente, en el sentido de rasgo, se ve la vulnerabilidad de la persona ante situaciones de estrés. Si el nivel de estrés sube demasiado, se desbordan las capacidades de afrontamiento personal para mantener la estabilidad psíquica y se desarrollan síntomas psicóticos.

La teoría de la integración sensorial solo puede ser un enfoque para la comprensión y el tratamiento de la esquizofrenia, si se parte de la hipótesis de que los trastornos de integración sensorial constituyen un factor de vulnerabilidad para esta enfermedad.

No se podría aplicar la teoría, si los síntomas solo aparecieran en los episodios psicóticos. Si las manifestaciones sensoriales y motoras se vieran como consecuencia de la enfermedad o incluso del tratamiento farmacológico tendrían que desaparecer con la disminución de la sintomatología aguda y reducción de la medicación neuroléptica.

Es muy difícil comprobar factores de vulnerabilidad, pues tendrían que haberse manifestado ya antes del primer brote, para excluir que sean derivados de la enfermedad o del intento de afrontarla. En este caso no se podría partir de la base del modelo de la integración sensorial que estipula que trastornos en el procesamiento de los estímulos sensoriales basales podrían haber repercutido en el desarrollo del esquema corporal y las funciones superiores ya desde la infancia. Recientemente Hesse y Prünke (2004) publicaron los resultados de sus estudios sobre 4 áreas de investigación acerca de factores que justificarían la inclusión de disfunciones de la integración sensorial dentro de los factores de vulnerabilidad estrés.

Investigaron sobre alteraciones conocidas en pacientes esquizofrénicos relacionados con:

- "Neurological soft signs".
- Alteraciones en el procesamiento de la información Cinestésias.
- Alteraciones del esquema corporal y del sistema del yo.

Describieron múltiples coincidencias con disfunciones descritas desde el modelo de la integración sensorial. Es un estudio exhaustivo, realmente interesante para profundizar en el conocimiento de la esquizofrenia y necesitaría una dedicación más a fondo, pero que desborda el contexto de este artículo.

## CONCLUSIONES

1. Las investigaciones propias desde la integración sensorial y conocimientos tomados de otras ciencias confirman cada vez más la existencia de disfunciones de la integración sensorial en muchas personas con esquizofrenia y también en poblaciones de riesgo para desarrollar este trastorno mental.
2. Aunque la plasticidad del sistema nervioso es mayor en la infancia y son más eficaces las intervenciones en estas edades, apuntan las últimas publicaciones en el campo de los adultos hacia una insospechada capacidad de adaptación del cerebro y de las neuronas que perduraría toda la vida.
3. Desde el enfoque de la integración sensorial sería importante promover un diagnóstico y tratamiento precoz de estos trastornos que pueden constituir un factor de vulnerabilidad sobre todo en niños con riesgo de enfermar.
4. La perspectiva de la Integración sensorial ayuda en la elección del procedimiento y en el ajuste de los objetivos teniendo en cuenta las grandes dificultades que presentan muchos esquizofrénicos incluso en áreas muy básicas. Se trata de minimizar así frustraciones innecesarias y contribuir a una mayor y más adecuada participación en actividades significativas y con propósito.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayres, Jean.** *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. 1979.
- Beaudry Bellefeuille, Isabelle.** *Introducción a la Intervención Terapéutica basada en la Teoría de la Integración Sensorial*, organizado por la A.P.T.O.P.A, 2003
- Brenner, H.D., Hodel, B., Kube, G., Roder, V.** "IPT " *Integrative psychologische Therapie bei Schizophrenen*, 1992.
- Hesse W., Prünke K.** *Sensorische Integration und schizophrene Störungen* en *Ergotherapie & Rehabilitation*, 2003
- King, L. J.** *A sensory integrative approach to schizophrenia*, 1974
- Köhler, Kirsten.** "Cognicom" *ein spezifisches Trainingsprogramm für schizophrene Patienten*. Osnabrück. 1990.
- Mailoux, Z.** *Sensory integrative approaches in occupational therapy*. New York. 1987
- Ross, M.** *Integrative Group Therapy*, 1991
- Süllwold, L., Huber, G.** *Schizophrene Basisstörungen*. 1987.
- Willard / Spackmann.** *Terapia Ocupacional*, 1998.

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y LECTURA CRÍTICA** **OCCUPATIONAL THERAPY AND CRITICAL APPAISAL**

César Luis Sanz de la Garza. Psiquiatra. Población Begoña. Dirección correspondencia: Población Begoña.

Avenida Pablo Iglesias 90, bajo.  
33204 Gijón. Asturias  
Tf: 985363522  
Fax: 985363611  
Email: cesarayesha@hotmail.com

### ● RESUMEN

Buscar información para dar respuesta a una pregunta clínica puede ser agotador, quedando abrumados por la oferta de artículos científicos sobre Terapia Ocupacional. En lugar de seguir una trayectoria caótica, la lectura debería estar cuidadosamente planeada para obtener un rendimiento que vale la pena de acuerdo al tiempo invertido. La lectura crítica es el proceso de valorar e interpretar la evidencia considerando sistemáticamente su validez, resultados y relevancia en el trabajo individual. En el presente trabajo se revisan los criterios generales para evaluar críticamente la literatura científica y los criterios específicos para la evaluación de determinados artículos científicos.

### ● PALABRAS CLAVE

Medicina basada en la evidencia. Revisión. Artículo científico. Terapia Ocupacional.

### ● INTRODUCCIÓN

La mayoría de las veces que vemos a un paciente podemos necesitar información sobre algún elemento de su diagnóstico, pronóstico o tratamiento. En ocasiones tenemos claro aquello que nos hace falta y la información estará al alcance de la mano. En otros casos la necesidad de información no será tan obvia y tendremos que localizar la evidencia externa. Para muchos profesionales de la salud los esfuerzos requeridos para responder estas cuestiones es tan importante y nuestro tiempo tan limitado que la mayoría de nuestras necesidades de información nunca se sacian, pudiendo incluso quedar bloqueados en este proceso<sup>1</sup>.

Frecuentemente se tiende a sacralizar el criterio de validez y relevancia establecido por los revisores de revistas con prestigio. No se puede dudar de toda la información que cae en nuestras manos, pero tampoco debemos aceptar todo sin evaluación crítica. Mantener el control sobre nuestra lectura implica seguir una serie de pasos (Tabla 1)<sup>2</sup>. La medicina basada en la evidencia entendida como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado del paciente, incluye la lectura crítica de artículos científicos entre sus pilares prácticos (Tabla 2)<sup>3</sup>.

### ● ABSTRACT

Searching for information to answer a clinical question can be exhausting, being overwhelmed by the offer of scientific papers about Occupational Therapy. Instead of following a haphazard course, reading should be carefully planned to provide a worthwhile return on the time invested. Critical appraisal is the process of assessing and interpreting evidence by systematically considering its validity, results and relevance to individual's work. In the present work general criteria to critically appraise scientific literature and specific criteria to appraise scientific articles are reviewed.

### ● KEYWORDS

Evidence based medicine. Review. Journal article. Occupational Therapy.

#### **TABLA 1. MANEJO EFICIENTE DE LA LECTURA**

1. Aclarar las razones para la lectura
2. Especificar la información necesaria
3. Identificar los artículos relevantes
4. Lectura crítica de los artículos

#### **TABLA 2. ETAPAS DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

1. Identificar el problema
2. Localizar la mejor evidencia científica
3. Lectura crítica de artículos
4. Aplicar los resultados a la práctica clínica
5. Evaluar los resultados



## ● TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA

Law y Baum indican que la Terapia Ocupacional basada en la evidencia aprovecha la evidencia procedente de la investigación y el conocimiento clínico para la toma de decisiones en la elección de intervenciones efectivas para un determinado cliente<sup>4</sup>.

Las decisiones tomadas en la evaluación de las necesidades ocupacionales de los clientes, tales como la asistencia en el desarrollo de habilidades para volver a trabajar, cuidado de sí mismo en el domicilio, inclusión en actividades satisfactorias para el individuo y adaptadas a sus posibilidades, difieren en gran medida de las decisiones relativas al diagnóstico, tratamiento y pronóstico consideradas en la medicina basada en la evidencia.

Para establecer que es lo mejor el Terapeuta Ocupacional debe considerar tres elementos: la tarea, el entorno y la persona. Un conocimiento profundo de estos factores permitirá al Terapeuta Ocupacional integrar la evidencia procedente de estudios poblacionales con su experiencia en el caso individual<sup>5</sup>.

A un nivel profesional se podría decir que la Terapia Ocupacional está empezando en el campo de la práctica basada en la evidencia. De hecho al menos dos conocidas revistas ya han dedicado un número completo para abordar en extensión la práctica basada en la evidencia<sup>4,6</sup>.

Varios autores han comentado que la evidencia está surgiendo en algunos campos como el entrenamiento de habilidades en sujetos con trastornos mentales severos, abordaje centrado en el cliente en Terapia Ocupacional, programas de actividades estructuradas versus programas estándar en unidades de hospitalización psiquiátrica y prevención de caídas en ancianos<sup>4</sup>.

Asimismo cada vez hay más Terapeutas Ocupacionales llevando a cabo ensayos clínicos aleatorios y meta-análisis sobre intervenciones en Terapia Ocupacional<sup>7</sup>.

En resumen la investigación sobre la efectividad de las intervenciones de Terapia Ocupacional mediante ensayos clínicos aleatorios se encuentra todavía en pañales representando un reto para la profesión definir no sólo que se está haciendo sino demostrar si es efectivo.

## ● LA LECTURA CRÍTICA EN EL MUNDO

La lectura crítica de artículos científicos ha experimentado un notable desarrollo desde la aparición de los distintos programas de formación.

El programa CASP (Critical Appraisal Skills Programme) del Servicio de Salud Inglés que intenta

ayudar a adquirir habilidades para la lectura crítica y obtener así la evidencia científica necesaria para las decisiones clínicas, ha tenido una labor fundamental en el desarrollo de la lectura crítica.

En España existe el grupo CASPe (Programa de habilidades en la lectura crítica español) que forma parte de una organización llamada CASP internacional (CASPi) con la que comparte la filosofía docente, los materiales desarrollados en conjunto, las experiencias docentes y de organización, así como los proyectos de docencia. Está organizada en nodos localizados en distintos puntos de España y un centro coordinador situado en Alicante. Esta estructura permite compartir habilidades y tareas, así como hacer las lecturas más próximas sobre las necesidades y circunstancias locales. El objetivo de este programa es ayudar en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios y desarrollar habilidades para la lectura crítica sobre la mejor evidencia de la literatura científica.

El logotipo CASP son tres flechas consecutivas que representan los tres pasos necesarios para usar la evidencia en la práctica profesional:

- BUSCAR la evidencia.
- VALORAR la evidencia que se ha identificado para comprobar:
  1. la validez de los resultados.
  2. los resultados.
  3. la relevancia para la práctica.
- ACTUAR si la evidencia es válida y relevante.

Las actividades docentes del programa CASP constan de talleres de lectura crítica multidisciplinares que tratan de fomentar la participación, aprendizaje en base a escenarios clínicos relacionados con la práctica diaria, y están sometidos a evaluación y mejora continua.

Asimismo desde los centros impulsores de la lectura crítica se han ido desarrollando un gran número de guías. La finalidad de estas guías es ayudar a los profesionales en su toma de decisiones, haciendo que se basen en la evidencia científica, reconociendo a la vez el nivel de certeza o la fuerza de la inferencia en que se fundamentan.

## ● CRITERIOS GENERALES PARA LA LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS

Cuando tengamos en nuestras manos un trabajo que vamos a utilizar en nuestra práctica clínica es aconsejable plantearse una duda razonable y ser sistemáticos en la lectura del mismo. La lectura crítica es una actividad dirigida a evaluar la validez de los trabajos para nuestra investigación o práctica profesional.

Se puede iniciar la lectura de estos artículos planteando una serie de cuestiones que responden a la evaluación preliminar de su calidad. En la Tabla 3 se



pueden encontrar dichas cuestiones así como el apartado del artículo donde deben buscarse.

Debemos utilizar una serie de criterios operativos que nos permitan evaluar si los resultados del trabajo son válidos y relevantes.

La validez interna de un trabajo se evalúa detectando si el estudio está libre de sesgos, es decir si se desvían los resultados de la realidad. Puede ser recomendable no continuar con la lectura de un trabajo

que carece de validez interna para evitar extraer conclusiones erróneas.

La utilidad de los resultados está en relación con su aplicabilidad en nuestra práctica profesional que está asimismo relacionada con la validez externa entendida como la generabilidad de los resultados.

Una buena lectura crítica de un artículo debería permitirnos responder a tres cuestiones básicas: 1) ¿es válido?, 2) ¿son relevantes sus resultados?, 3) ¿es útil?.

**TABLA 3. EVALUACIÓN PRELIMINAR**

1. ¿Tiene interés el estudio?	Título Resumen	¿Es el estudio relevante para nuestra búsqueda? ¿Son interesantes los resultados?
2. ¿Por qué se realizó el estudio?	Introducción	¿Se especifican y justifican los objetivos? ¿Se plantea una hipótesis de partida?
3. ¿Cómo se realizó el estudio?	Métodos	¿Se detalla como se lleva a cabo? ¿Se describe la muestra y el reclutamiento?
4. ¿Qué ha encontrado el estudio?	Resultados	¿Sirve el texto como guía rápida del contenido relevante? ¿Complementan las Tablas y figuras al texto?
5. ¿Cuál es la relevancia del estudio?	Resumen Discusión	¿Se pueden generalizar los resultados? ¿Qué novedad aporta a nuestra práctica?
6. ¿Qué interés añadido aporta el estudio?	Introducción Discusión	¿Se citan otras referencias de interés? ¿Se plantean otras ideas novedosas?

● **PREGUNTAS COMUNES**

Hay una serie de preguntas que tenemos que responder en toda lectura crítica de artículos científicos independientemente del método y tipo de estudio analizado 2.

**1. ¿Están expuestos con claridad los objetivos del estudio?**

Los objetivos del estudio deberían estar claramente descritos y razonados permitiendo al lector decidir si el estudio aborda un problema relevante. Objetivos claramente definidos orientan a una hipótesis de investigación certera fruto de un estudio bien diseñado. Sin embargo aquellos estudios que persiguen objetivos poco definidos pueden aportar menos información de interés corriendo el riesgo de obtener resultados erróneos significativos estadísticamente.

¿Está justificado el tamaño de la muestra?

Antes de iniciar una investigación se debe evaluar la probabilidad de consecución de los objetivos. El tamaño muestral necesario para detectar un efecto es un elemento básico del diseño de un estudio que

debe calcularse a priori y describirse en la sección de métodos.

**2. ¿Son válidas y fiables las variables de medida?**

Los métodos de medida tiene que ser descritos con detalle y deben ser evaluados críticamente en busca de errores que afecten a la validez y fiabilidad de los mismos.

Una variable de medida válida debe medir aquello que se supone tiene que medir.

Una variable de medida fiable debe dar un resultado similar tras varias repeticiones. Debemos prestar especial atención a aquellas variables de medida dependientes de valoraciones subjetivas del examinador por estar sujetas a mayor riesgo de error.

**3. ¿Se describen los métodos estadísticos utilizados?**

Los procedimientos estadísticos se describen en la sección de métodos. Se recomienda utilizar tests estadísticos simples y no abusar de los valores "p" de significación estadística.



**4. ¿Se describen adecuadamente los datos?**

Se deben describir el número de sujetos que fueron incluidos en la investigación y su reclutamiento, las características básicas de los sujetos incluyendo medidas de tendencia central y dispersión (p.ej. desviación estándar), y exponer los resultados principales mediante Tablas o figuras.

**5. ¿Cuadran los números?**

Es frecuente tener pérdidas a lo largo de un estudio que deben ser reflejadas preferentemente en organigramas. Es recomendable revisar posible discrepancias en los totales de sujetos evaluados que pueden indicar descuidos de los autores y/o errores de impresión, y pueden afectar la validez de las conclusiones.

**7. ¿Se evalúa la significación estadística?**

Se debe valorar la significación estadística de los resultados preferentemente mediante intervalos de confianza que aportan información adicional como el tamaño del efecto y/o valores "p".

**8. ¿Qué aportan los resultados principales?**

Se suele seguir un orden en la interpretación de los resultados:

- Evaluar el tamaño de efecto (relevancia clínica).
- Contrastar los resultados con errores en el diseño, desarrollo o análisis.
- Investigar fuentes de error o confusión.
- Valorar la plausibilidad biológica de los resultados.

**9. ¿Cómo se interpretan los resultados negativos?**

Un resultado negativo debe ser valorado con sumo cuidado siendo diferente "ausencia de evidencia de

efecto" que "evidencia de ausencia de efecto". La ausencia de efecto puede deberse a un tamaño muestral pequeño o a defectos en el diseño del estudio.

**10. ¿Difieren los resultados de investigaciones previas?**

Se recomienda interpretar con sumo cuidado aquellos resultados de estudios únicos que contradicen la evidencia de estudios previos.

**11. ¿Qué implicaciones puede tener el estudio para la práctica diaria?**

La cuestión más importante cuando revisamos un estudio es la utilidad que puede tener para nuestros pacientes. Antes de establecer juicios precipitados es recomendable evaluar el tamaño del efecto, la relevancia clínica, la calidad del estudio, la validez de los resultados en función de la evidencia conocida y las condiciones de aplicabilidad de los resultados en la práctica diaria.

**● CRITERIOS ESPECÍFICOS DE LECTURA CRÍTICA**

Junto a los criterios generales y preguntas comunes a todo estudio existen una serie de criterios específicos en función del tipo de estudio evaluado.

Por ello una vez evaluada la validez del artículo se debe detectar el tipo de estudio durante el análisis de la validez de la investigación para implementar posteriormente los criterios específicos de lectura crítica (Tabla 4).

**TABLA 4. EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE UN ESTUDIO**

<p>1. VALIDEZ DEL ARTÍCULO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Revista: evaluación por peer-review</li> <li>● Título: relevancia y utilidad</li> <li>● Resumen: estructura y aplicabilidad</li> </ul>	<p>2. VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tipos de estudios: transversales, cohortes, casos-controles, ensayos clínicos, revisiones y metaanálisis</li> <li>● Tipos de artículos: primarios y secundarios</li> </ul>
--	---

**BIBLIOGRAFÍA**

**1. Sackett D.L., Straus S. E., Richardson W. S., Rosenberg W. M., Haynes R. B.** *Medicina basada en la evidencia*. 1ª edición. Madrid: Elsevier España (ed); 2002.

**2. Crombie I. K.** *The pocket guide to critical appraisal*. 11ª edition. Bristol (UK): BMJ publishing group, 2003.

**3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS.** *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.

**4. Law, M., & Baum, C.** (1998). *Evidence-based occupational therapy*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 65(3), 131-135.

**5. Egan, M., Dubouloz, C., Zweck, C., & Vallerand, J.** (1998). *The client-centred evidence-based practice of occupational therapy*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 65(3), 136-143.

**6. Lloyd-Smith, W.** (1997). *Evidence-based practice and occupational therapy*. British Journal of Occupational Therapy, 60(11), 474-478.

**7. Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F.** (1998). *Occupation in lifestyle redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program*, American Journal of Occupational Therapy, 52(5), 326-336.

## PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Elena Díaz Cáceres. Terapeuta Ocupacional. Residencia Mixta de Gijón

La Terapia Ocupacional (T.O.) es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y ocio para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida.

### Sus principales objetivos son:

- Mantener y mejorar el estado psicofísico de la persona para obtener la máxima funcionalidad posible de la persona, potenciando sus capacidades y evitando su deterioro.
- Autoestimular para la realización de diversas actividades.
- Adaptar su estado psicofísico a sus necesidades reales.
- Resocializar, evitando la soledad y el aislamiento.
- Evitar y retrasar la dependencia.

### Mediante:

- I. Programa de Prevención de Incapacidad.
- II. Programas de Rehabilitación de procesos incapacitantes con posibilidades de recuperación.
- III. Programas de Mantenimiento de la Capacidad Funcional.

La intervención desde la Terapia Ocupacional se centra en el mantenimiento/recuperación de la capacidad funcional en todas las actividades de la vida diaria, las cuáles, se refieren no sólo a los cuidados personales, sino también a las tareas y papeles que uno desempeña y a las actividades de ocio y tiempo libre en las que se participa.

En todo momento el Terapeuta Ocupacional actuará coordinado con el resto del equipo de atención del anciano (médico, enfermera, fisioterapeuta, trabajador social...) con el fin de obtener resultados beneficiosos.

Seguidamente se presentan los Programas Generales de Intervención desde Terapia Ocupacional, los cuales, a su vez recogen varios subprogramas de actuación.

### ● I. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA INCAPACIDAD

Dentro de los diversos programas de prevención que se desarrollan en la residencia el Terapeuta Ocupacional lleva a cabo, entre otras posibles, las siguientes intervenciones:

#### A nivel individual:

- Entrenamiento de las cualidades físicas y psíquicas.
- Eliminación de las barreras en el entorno inmediato.
- Provisión de dispositivos de ayuda/entrenamiento de ayudas técnicas.
- Entrenamiento en las transferencias.
- Reorientación de intereses.

#### A nivel de grupo:

- Grupos de gimnasia/actividad física.
- Grupos de información/educación sanitaria.
- Eliminación de barreras arquitectónicas.
- Promoción de programas de activación.

Dentro de este programa de intervención, los **subprogramas** podrían ser: Caídas y accidentes, activación, ergonomía, actividad física, facilitación medioambiental y otros.

### ● II. REHABILITACIÓN DE PROCESOS INCAPACITANTES CON POSIBILIDAD DE RECUPERACIÓN

El Terapeuta Ocupacional valorará específicamente la capacidad funcional para la realización de las actividades cotidianas, la función cognitiva para desarrollar el programa individual de tratamiento.

#### A nivel individual:

- Evaluación de la situación funcional, de los deseos de los pacientes.
- Establecimiento de metas, objetivos y plan terapéutico.
- Aplicación de técnicas específicas apropiadas.
- Facilitación de dispositivos de ayuda, férulas...
- Modificación/ reestructuración de las actividades de la vida diaria.
- Entrenamiento de la persona para favorecer el proceso.

#### A nivel grupal:

- Planificación de actividades grupales en torno a objetivos comunes.

### ● III. MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS CRÓNICOS INCAPACITANTES

Los programas específicos de mantenimiento de T.O. son de especial importancia para el mantenimiento

to de la máxima independencia funcional de los mayores institucionalizados.

Las áreas más importantes en las que se suelen centrar los programas de Terapia Ocupacional incluyen : Vestido, comida, aseo, actividades de ocio, cuidados posturales, deambulacion, comunicacion, ejercicio y movilidad en general.

Desde la Terapia Ocupacional actuaremos a modo de ejemplo, como en los casos anteriores:

*A nivel individual:*

- Igual que en el apartado anterior.

*A nivel de grupo:*

- Grupos de autoayuda.
- Gimnasia de mantenimiento.
- Grupos de reminiscencias.
- Planificación y desarrollo de programas de activación.
- Entrenamiento/formación de personal.

#### ● IV. PROGRAMA DE DEMENCIAS

Desde T.O. nos plantearemos:

*Como objetivos iniciales:*

- Estimular/mantener las capacidades mentales.
- Evitar la desconexión del entorno y favorecer las relaciones sociales.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del beneficiario.
- Estimular la propia identidad y autoestima.
- Minimizar el estrés.

*Como objetivos intermedios:*

- Mejorar el rendimiento cognitivo.

- Mejorar el rendimiento funcional.
- Incrementar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar el estado y el sentimiento de la salud.

*Con el objetivo final de:*

Mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores.

*Mediante:*

- Programas de estimulación cognitiva (intervención en los diversos ámbitos cognitivos: lenguaje, orientación, esquema corporal, memoria, praxis, lectura y escritura, funciones ejecutivas...).
- Estimulación sensorial.
- Actividades de la vida diaria
- Orientación a la realidad.
- Reminiscencia.
- Búsqueda y asesoramiento de intereses en ocio y tiempo libre.
- Actividades ocupacionales.

#### ● V. PROGRAMA DE CUIDADOS A ENFERMOS TERMINALES

El T.O. puede proporcionar una inestimable ayuda a la hora de facilitar el máximo grado de bienestar y seguridad.

Las acciones asistenciales incluirán entre otras:

- Educar a los cuidadores de las formas más seguras de movilización y ayuda para el paciente.
- Proporcionar el equipo adecuado para lograr la máxima autonomía.
- Mantener el nivel de actividad y los contactos sociales el mayor tiempo posible.
- Facilitar la silla de ruedas más adecuada en el caso de necesidad, etc...



- HOMEOPATÍA
- REHABILITACIÓN
- DRENAJE LINFÁTICO MANUAL
- QUIROMASAJE
- MASAJE INFANTIL

**TRATAMIENTOS PROFESIONALES DESDE 1999**

c/ Antonia Mercé, 3 Bajo dcha. (desde portal) - Metro Goya - Teléfono 91 575 49 51



## DECÁLOGO PARA UNAS BUENAS RELACIONES LABORALES

Emilio Álvarez Mendoza. Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales.

Más que en otros ámbitos de las relaciones humanas, las relaciones laborales precisan de una buena predisposición, formación e información por parte de los interesados para que sean duraderas y satisfactorias.

En los años que vengo colaborando con la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias, orientando a sus miembros en el ámbito laboral, he venido comprobando que los problemas y dudas que surgen se originan en el desconocimiento de los derechos y obligaciones de las partes.

A continuación quiero exponer un humilde decálogo de consejos que, de forma amena, resuman los aspectos más relevantes de la Legislación Laboral y que han sido causa de numerosas consultas por parte de los asociados de la APTOPA.

Nos centraremos en el ámbito de la empresa privada y en el **Convenio Colectivo de Ayuda a Domicilio y afines del Principado de Asturias**, por ser primero, donde más Terapeutas realizan su trabajo y segundo porque los funcionarios o personal laboral de las Administraciones Públicas, tienen relaciones laborales idílicas basadas en la estabilidad en el empleo, la representatividad sindical, etc.

La empresa privada sin embargo está sometida a concesiones administrativas, a un fuerte intrusismo empresarial y economía sumergida. Así nos encontramos con una gran rotación en el personal, cada cambio de subcontrata es una vuelta a empezar. Quiero recalcar que al centrarnos en este Convenio Colectivo, muchos de los temas que trataremos en este artículo no son equiparables a las situaciones de trabajadores de otros convenios o Comunidades Autónomas.

Otro aspecto que viene a complicar la estabilidad, es la contratación a tiempo parcial, situación a la que se ven abocados muchos Terapeutas. Según el tamaño de los centros de día las empresas que los gestionan, en el cumplimiento literal de la Legislación Sanitaria "no necesitas un Terapeuta a jornada completa". Es fácil ver casos de profesionales que trabajan por las mañanas 3 horas en un centro de día en Gijón, luego por las tardes dos veces a la semana en otro centro en las Cuencas, están pendientes de una plaza que saldrá en Luarca y sueñan con ser funcionarios.

No obstante, la mayor parte de las rupturas se deben más a un interés legítimo en mejorar tanto a nivel profesional como económico, en busca de la mejor de las relaciones posibles.

Este Decálogo, como dije anteriormente, se basa en vencer las dificultades que van surgiendo en el día

a día y como dicen en las películas "esta basado en hechos reales".

1. Todo por escrito: Por su importancia y porque a pesar de que parezca imposible se sigue dando con mucha asiduidad, si firmamos un papel deberemos leerlo y quedarnos con una copia. "La empresa no me ha dado el contrato", "no se si firme ese papel", son frases que se escuchan con demasiada frecuencia. En el primer momento de enamoramiento el trabajador en algunos casos, por el ansia de ponerse a trabajar, no pregunta y firma a ciegas y sin copia cuantos papeles le proponga la empresa. El contrato de trabajo es el documento en que se recogen todas las condiciones de trabajo, se especifica los datos de la empresa, el centro de trabajo, la categoría profesional, la duración del contrato, las retribuciones, etc.

En el momento de la firma del contrato la empresa nos puede entregar una copia firmada, que tendrá el mismo valor que la sellada en el INEM.

2. Conocerse mutuamente. Como trabajadores Diplomados en Terapia Ocupacional, estamos encuadrados en el grupo de cotización II de la Seguridad Social. Si bien podemos ser contratados para una categoría más baja, nunca para realizar las tareas propias de nuestra diplomatura. En el Convenio Colectivo de Ayuda al Domicilio le corresponde el Grupo II de Diplomado. Así se establece las retribuciones que corresponden por jornada completa y un periodo de prueba de dos meses. Tiempo en el cual tanto la empresa como el trabajador sin preaviso pueden rescindir libremente el contrato de trabajo.

Es necesario conocer de la empresa si actúa sujeta a una concesión administrativa, pues puede ser que por distintas causas esta concesión puede rescindir y la nueva empresa adjudicataria de la concesión debe subrogarse en todos los contratos de la empresa saliente, sea cual sea su modalidad de contratación, y categoría laboral, siempre que se acredite una antigüedad mínima de los trabajadores de 6 meses.

3. El contrato a poder ser indefinido. Si bien todos tenemos claro que la temporalidad es uno de los mayores males de la contratación en España, la Legislación Laboral es bastante restrictiva respecto a los supuestos en que puede darse. Otra cosa es el abuso que se hace de ellos que viene derivado de la falta de control y rigor en la aplicación de cada contrato.

Son temporales los contratos de prácticas. Los TO podrán realizar contratos de su categoría por una duración inicial de 6 meses, con dos posibilidades

de prorroga y una duración máxima de 2 años. El salario se reduce al 60% de el de la categoría durante el primer año y el 75% durante el segundo. El contrato por circunstancias de la producción es difícilmente aplicable a la profesión de Terapeuta, pues la necesidad de un Terapeuta en un centro de día viene determinada por la legislación sanitaria más que por las circunstancias de producción de cada momento. Su duración máxima es de 6 meses en un periodo de un año y ser prorrogado a 12 meses en un periodo de año y medio.

El contrato por obra o servicio, se aplica a los servicios de duración limitada. Si un centro de día, precisa contar con un Terapeuta, no parece que puede alegarse que solo es por tiempo limitado.

El contrato de interinidad que se utiliza para la sustitución de trabajadores concretos, que se encuentran en suspensión de contrato.

Por tanto el contrato indefinido debería ser el más habitual, dado que es difícilmente defendible otros tipos de contratos para la profesión de Terapeuta Ocupacional.

4. El horario y la jornada de trabajo. La jornada anula seguirá siendo la máxima legal 1836 horas anuales hasta el año 2007 que se reducirá a 1.757,53. No obstante los mayores problemas surgen más bien por los contratos a tiempo parcial. Es perfectamen-

te legal trabajar para varias empresas a la vez, siempre, claro está, en distintos horarios. También se puede compaginar el cobro del desempleo con el trabajo a tiempo parcial, teniendo en cuenta que si trabajamos media jornada y cobramos desempleo por la otra media, el INEM nos descontará un día entero de prestación.

Tanto el sueldo como las prestaciones de enfermedad, accidente, maternidad y desempleo, se calcularán en función de la media de las cotizaciones a tiempo parcial de los últimos seis meses.

Quiero hacer una reseña especial en lo referente al desempleo tras un contrato a tiempo parcial, tema que suele dar grandes disgustos. Si tras un tiempo trabajando a jornada completa pasamos a media jornada, si entráramos en causa legal de desempleo la prestación se calculará en función de la jornada a tiempo parcial. He conocido Terapeutas que han perdido gran cantidad de dinero por un contrato a tiempo parcial de muy pocos días, por tanto hay que tener cuidado, e intentar solicitar la prestación cuando se den las mejores condiciones.

5. La hora de recoger el fruto. Las nomina es en términos jocosos el fruto de nuestro trabajo. Es fácil contando con una copia del convenio colectivo comprobar si las cantidades cobradas se ajusta a lo legalmente establecido. Suelen surgir conflictos en

## **FORSALUS** para Terapeutas Formación Sanitaria **Ocupacionales!!**

**PRESENCIALES Y SEMIPRESENCIALES:  
REHABILITACIÓN, GERIATRÍA, SALUD  
MENTAL, RELACIÓN TERAPÉUTICA,  
URGENCIAS...**

**CURSOS ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN  
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:  
BAREMABLES EN TODAS LAS BOLSAS DE TRABAJO,  
OPOSICIONES, ETC...**



**DISEÑO DE CURSOS ADAPTADOS PARA ENTIDADES PÚBLICAS, ASOCIACIONES Y  
COLEGIOS PROFESIONALES, SINDICATOS... SOLICITE EL CATÁLOGO DEL AÑO 2006**

**Solicita información gratuita en [iforsalus@hotmail.com](mailto:iforsalus@hotmail.com)**



el cálculo de las jornadas a tiempo parcial y en las pagas extras que pueden venir prorrateadas en la nómina mensual. Nos remitiremos al contrato para conocer el tanto por ciento de la jornada y se lo aplicaremos a cada uno de los conceptos salariales. En caso de que el trabajador cause baja por Incapacidad Temporal, debemos distinguir si la causa de la baja es por accidente laboral o por enfermedad común. La empresa en caso de Accidente Laboral deberá complementar las prestaciones de la Seguridad Social hasta el 100%, sin embargo si es enfermedad común, solo lo hará en caso de que exista hospitalización y hasta 15 días después de finalizada la hospitalización.

6. Los retrasos inexplicables. Llegar tarde es causa habitual de disgustos en cualquier pareja, en el ámbito empresarial la empresa debe abonar los salarios en los 10 primeros días de cada mes. Entregando la consiguiente nómina en la que deben aparecer de forma clara y concreta cada uno de los conceptos retribuidos con indicación de su valor unitario.

El trabajador tiene derecho a percibir anticipos a cuenta por el trabajo realizado, sin que pueda exceder del 90 % del salario, en un plazo máximo de cuatro días hábiles desde la solicitud. Recordar que ante cualquier problema, se hagan las solicitudes o reclamaciones por escrito.

7. Nos ponemos a dieta. Las dietas y los desplazamientos son cantidades indemnizatorias que la empresa abona a los trabajadores que, por causa de necesidades de servicio fuera de la localidad en la que habitualmente desarrollan su trabajo, necesitan desplazarse o realizar comidas o pernoctas. Nunca podrán tener el carácter de retribución de horas extras, pluses, vacaciones, etc. Las dietas no cotizan a la Seguridad Social ni al I.R.P.F.

8. Nos vamos de vacaciones. Desde las agencias de viajes siempre nos recomiendan planificar con antelación nuestras vacaciones. Contamos con 30 días naturales que no pueden ser compensados con dinero, ni por regla general disfrutarse en el año siguiente. Deben ser disfrutadas en el año natural o el trabajador las pierde. Como norma general deben disfrutarse de forma continuada, precisa de un acuerdo de partes su partición en uno o mas periodos o sea estrictamente necesario por las características de los servicios que presta la empresa. Como regla general se establecen turnos rotativos y se disfrutaran de junio a septiembre, comenzando siempre en día laborable que no podrá ser víspera de descanso.

El calendario de vacaciones debe estar establecido por la empresa con dos meses de antelación a su inicio y si llegado el momento de su disfrute el trabajador se encontrase de en situación de Incapacidad Temporal estas quedarán suspendidas hasta el momento del alta.

Durante las vacaciones se cobra en función del salario base, la antigüedad y el plus de nocturnidad.

9. El día que nos visita Hacienda. Las visita anual que todos debemos hacer a la Agencia Tributaria, suele provocar sustos, sino hemos llevado un seguimiento de nuestros ingresos y retenciones. Debemos tener un cuidado especial en los casos de haber recibido retribuciones de distintos pagadores durante el año. Cada empresa solo tiene en cuenta las retribuciones por ella abonadas y la duración del contrato. Si durante el año cobramos desempleo o prestación por maternidad estas retribuciones no suelen contar con retención, lo que supone que al final del año nuestra masa salarial será alta y las retenciones bajas.

El consejo; vigilar los tantos por ciento que nos retiene la empresa y solicitar incrementos si consideramos que podemos quedarnos cortos.

10. La separación amistosa. Si a pesar de nuestro esfuerzo la relación ha de terminar, debemos estar preparados, no tomar decisiones en caliente, e informarnos de nuestros derechos. Lo primero que hay que tener en cuenta es que si la decisión de romper la relación es del Terapeuta, este debe avisar por escrito con acuse de recibo, con una antelación de dos meses. De no hacerlo así la empresa le podrá descontar los días que falten de preaviso. Si la rescisión la realiza la empresa esta debe preavisar con 15 días de antelación al trabajador, salvo en los contratos de interinidad y los de obra y servicio donde sea imposible el preaviso.

Sea cual sea la causa de la finalización del contrato, el trabajador tiene derecho a las retribuciones de los días trabajados, la parte proporcional de las vacaciones no disfrutadas y la parte proporcional de las pagas extras y la indemnización que establece la Ley para los Contratos de Duración Determinada. Este finiquito debe ser presentado por la empresa al trabajador en el plazo de 15 días hábiles siguientes a la fecha de la baja, según especifica el Convenio Colectivo de Ayuda a Domicilio.

Si nos vemos abocados a un despido, el primer paso es que la empresa no se presente la consiguiente carta de despido. Actualmente no es necesario recurrir el despido para empezar a cobrar el desempleo sea cual sea la causa del despido. Si consideramos que las causas expuestas por la empresa no son procedentes debemos reclamar contra el despido ante la Unidad de Mediación, Arbitraje y Conciliación en el plazo máximo de 20 días. El mejor consejo en estos momentos es buscar el asesoramiento de un profesional de la materia.

El conocimiento de nuestros derechos y obligaciones siempre redundan en una mejor relación laboral, en una mejora de las condiciones de trabajo y es beneficiosa tanto para el trabajador como para la empresa.



## ARACELI DÍAZ FERNÁNDEZ

Terapeuta Ocupacional del Centro de Rehabilitación de Oviedo. Hospital Universitario Central de Asturias. HUCA.

Se publica parte de la entrevista mantenida con Araceli, la Terapeuta Ocupacional de mayor antigüedad profesional de la Asociación Asturiana y que forma parte de la Historia de nuestra profesión

**P. ¿Cómo comenzó todo? ¿Por qué estudiaste Terapia Ocupacional?**

**R.** Yo había estado en el Hospital ingresada por el verano de 1967. En aquellos tiempos estaba trabajando el Dr. Plaja, que conocía la TO, me explicó en que consistía la profesión y me gustó. Este Dr., la Dra. Merino y una fisioterapeuta me animaron y me dieron la dirección del Dr. Ruiz. Me puse en contacto con la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) en Madrid y, como las demás promociones; selección de mejores expedientes, hacíamos un examen, una entrevista y comenzábamos. Éramos alrededor de 14 por promoción. Era el año 1967.

**P. ¿Cómo recuerdas los años de estudiante?**

**R.** Yo soy de la promoción del 67-70. Éramos la 6ª promoción que salíamos de la ENS. Coincidió con Mª José (jefa de estudios de la Escuela de TO hasta el año 1997). Por entonces la situación era de continuo aprendizaje ya que alumnos que habían estudiado con nosotros en promociones anteriores eran los que posteriormente te daban la formación práctica. Se tenían que abrir los departamentos a la vez que acogían alumnos, con lo que se trabajaba y estudiaba a la vez. Muy alejado de la situación actual.

De aquella la ENS estaba en la C/ Maudes, aunque posteriormente pasó a la c/ Francisco Silvela (en el Instituto Provincial de Rehabilitación dependiente del HU Gregorio Marañón), pero para la mayoría de las asignaturas nos teníamos que desplazar a la Facultad de Medicina, ya que era donde estaban los profesores. Me acuerdo especialmente por el ambiente que había entre los universitarios ya que era el famoso 68. Durante los tres cursos teníamos prácticas continuas (1.400 horas) por la mañana y clase por la tarde, esto se mantuvo hasta el 97. En el tercer año teníamos la posibilidad de realizar una especialización en psiquiatría con becas del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, dependiente del Ministerio de la Gobernación. Los estudiantes que queríamos hacerla acabábamos antes el último curso. Hacíamos prácticas durante Abril, Mayo y Junio en Hospitales Psiquiátricos de

Madrid (Cienpозuelos, Leganés, Francisco Franco, etc,) y también privados, como uno que había en Hoyo del Manzanares. Después hacíamos tres meses de internado en un psiquiátrico. Yo estuve en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo, pero podíamos elegir varios. En Oviedo estuve instalada en La Casita, que era un edificio dentro del Hospital Psiquiátrico. Estábamos tres TO y allí hacíamos toda la vida comíamos, dormíamos y trabajábamos evidentemente con una amplitud de horario de 24 horas. Me acuerdo que estaba trabajando una TO inglesa que se llamaba Jacqueline y personal auxiliar formado en Laborterapia. Creo recordar que no había personal diplomado de enfermería. Terminé a finales de Septiembre y en 15 días ya tenía el Título. Había que hacer obligatoriamente una tesina fin de carrera, yo la realice sobre el tema del "Tratamiento de la mano espástica".

**P. ¿Cuándo acabaste que campos de aplicación existían?**

**R.** Quien quería podía trabajar en psiquiatría, ya que era mucha la demanda, pero por aquel entonces comenzaban a abrirse los Hospitales Generales del INSALUD y, dentro de estos, los departamentos de TO. Realmente sólo existían dos campos; Salud Mental y patologías físicas (con sus diferentes áreas).

Yo en Octubre de 1970 empecé a trabajar en el Psiquiátrico de Oviedo hasta marzo del 72. En esa primavera el psiquiátrico estaba sumido en sus famosas huelgas, solicité el cambio para el HUCA, ya que había dejado de trabajar una compañera, me lo aceptaron y hasta hoy...

**P. ¿Cómo fue la evolución de la profesión en estas décadas a nivel corporativo?**

**R.** Yo vine de Madrid siendo socia de la Asociación Española de TO, era la nº 30. Entonces se permitía a los alumnos de tercer curso asociarse ya que los profesores que teníamos eran los principales impulsores la Asociación (Carmen Lacasa, Alicia Chapinal, etc...).

Quizás durante muchos años se centró sólo en la rehabilitación de patologías físicas, ya que los Centros de Rehabilitación tenían que incluir a TO's. La ampliación a otros campos fue bastante posterior. En cuanto al desarrollo corporativo soy consciente de que esas plazas fijas crearon cier-

to acomodamiento de los profesionales, no sólo en nuestros puestos de trabajo si no también en la expansión de la TO. Aquí en Asturias se quedó corto y con un desarrollo irregular, ya que existen áreas sanitarias que no tienen Terapeutas Ocupacionales. Un ejemplo: Cuando se abrió San Agustín no había TO para trabajar. Durante tiempo se mantuvo esta situación. Yo estuve en la comisión que hacía el INSALUD para baremar los CV y durante años nunca entró el de un TO.

**P. Ahora mismo se está diseñando la próxima OPE. ¿Qué te parece que no haya ninguna plaza de TO?**

**R.** Creo que desde la Asociación es el sitio indicado para luchar por esas plazas. Está claro que según evoluciona la población y sus patologías la Terapia Ocupacional debería estar mucho más presente en Bienestar Social, los Ayuntamientos, Instituciones Asistenciales, Centro Ocupacionales, Prisiones...

**P. A nivel de conocimiento y reconocimiento de la profesión por la sociedad ¿Cómo ves la evolución?**

**R.** Hasta que no empezamos a aparecer por los periódicos, las Escuelas y todo esto, la gente tenía una idea muy distorsionada de TO. Antes te preguntaban por la profesión, con el DNI en la mano y cuando decías Terapeuta Ocupacional el funcionario te decía "¿Qué? - Por mí ponga lo que le de la gana". El reconocimiento es nulo. Aunque la gente crea que sabe lo que es la TO, está lejos de conocer la TO y su esencia como profesión ligada a Ciencias de la Salud.

**P. A nivel de crecimiento del número de Escuelas ¿Qué opinión te merece?**

**R.** Yo creo que si ese crecimiento no lleva parejo la creación de puestos de trabajos "serios", no precarios como son la mayoría ahora, de la manera que se está cobrando, con sueldos muy bajos, será negativo para la profesión. Esto se irá multiplicando cada año. Posiblemente va a degradar todavía más la profesión y que los profesionales acaben haciendo funciones que no son la suyas. Vamos a tener muchos parados Terapeutas Ocupacionales en Asturias.

**P. En esta línea. ¿Qué te parece la situación de los TO que trabajáis para el SESPA en lo relativo a la docencia práctica que impone la Universidad de Oviedo?**

**R.** En este Hospital la oposición que se hizo desde Terapia Ocupacional negándose a admitir alumnos en prácticas está basada únicamente en que queremos que se cumpla la Ley. La Ley exige que

tiene que existir la figura de "profesores asociados". Los únicos profesionales que no tienen esa figura somos nosotros, y es tan sencillo como pedir dignidad para nuestra profesión. Pedir que si las demás profesiones tienen esa figura, la Terapia Ocupacional también la tenga. Si quieren hacer prácticas de calidad esto debe existir, si no serán prácticas precarias y de mínimos. Esto corresponde claramente a las Instituciones que se dedican a la formación. Todavía no hemos obtenido respuesta...

**P. ...Después de ignorarnos en todo el proceso de implantación de la Escuela, ahora piden condiciones que se antojan muy mejorables. ¿Qué te parece?**

**R.** No se, parece ser que ahora se van a inventar un nuevo concepto de Terapia Ocupacional... ¿Por qué si no? ¿Cómo pueden hacerlo tan de espaldas a los profesionales?

**P. En estos últimos 10 años ¿Ves algo positivo?**

**R.** A mí me da energía saber que salen nuevos Terapeutas Ocupacionales abriendo campos de aplicación, y a partir de ahí queda todavía por explorar. Fue importante la presencia en Geriátrica.

**P. ¿Piensas que se trabajó bien la difusión de la Terapia Ocupacional desde la Asociación?**

**R.** Quizás poco. No soy la persona más indicada para hablar de ese tema. Desde fuera parece que algo que se podía haber hecho para impulsar algo más son las Jornadas, servirían para que los profesionales de campos distintos conociesen la TO y la forma de trabajo de otras áreas de aplicación. Evidentemente con una repercusión en prensa importante.

**P. Personalmente creo que nos equivocamos en la difusión porque se trabajó la parte contratante y no al potencial usuario de nuestros servicios. Esto derivó en que las residencias de 3º edad y otros Centros privados publicitaran Terapia Ocupacional sin tener el servicio..., supuso muchísimo intrusismo.**

**R.** Esto existió en Terapia Ocupacional. Cualquiera salía hablando de TO sin tener ni idea, normalmente buscando "lo que vende" pero luego además alardeando de que eso que llaman TO lo aplican correctamente, cuando te das cuenta de que son manualidades sin más ni más.

**P. ¿Qué opinión te merece que esto mismo pase en Instituciones Públicas?, me refiero al intrusismo.**

**R.** Creo que es denigrante para la profesión, es lo máximo a lo que se puede llegar. Creo que es un



apartado entrecomillado, algo vergonzoso. No existe calificativo.

**P. ¿El cambio de Asociación a Colegio Profesional?**

**R.** Es una cuestión compleja, ya sabes que ahora no te pueden obligar a colegiarte...

**P. Pero por otro lado la LOPS nos obliga a estructurarnos en Colegios...**

**R.** Un Colegio Profesional siempre tiene ventajas, no vamos a discutir eso. Es bueno para los Terapeutas Ocupacionales. ¿Qué va a haber buena disposición entre la gente?, yo preveo que la gente más antigua no se va a entusiasmar. Personalmente creo que es bueno para todos, que nos hará crecer.

**P. Llevas 35 años trabajando, con el desgaste que supone trabajar con discapacitados, ¿Qué recomiendas a la gente que acaba de empezar para no acabar con el famoso "burn out", tan corriente entre los TO debido a sus circunstancias profesionales?**

**R.** La Terapia Ocupacional requiere una actitud mental. En el caso mío he ido ajustando mi trabajo a la capacidad física. Hay que estar siempre en un proceso de retroalimentación y ajustar las fuerzas al puesto de trabajo.

**P. ¿Ahí entraría la Formación Continuada...?**

**R.** Está claro que es muy importante y permite compatibilizar con otras cosas que también te ayudan a mantenerte inquieta, profesionalmente hablando. Es importante hacer reuniones, compartir y estar en contacto con profesionales estén

o no en tu ámbito de trabajo, me refiero claramente a Terapeutas Ocupacionales.

**P. Yo creo que los Terapeutas Ocupacionales que salimos de la Escuela Nacional de Sanidad acabábamos la carrera con una identidad clara de lo que es la Terapia Ocupacional. Ahora recibo gente de 3º y veo nítidamente esa falta de identidad profesional. ¿Percibes lo mismo?**

**R.** Creo que falta el integrar bien la profesión, una integración más clara. Ser capaces de abrir la mente y pensar desde el punto de vista de TO cuanto más se puede hacer en cualquier situación que nos encontremos. Yo creo que quizás faltan también personas capaces de transmitirlo, con la capacidad de compartir la esencia y el dominio de la Terapia Ocupacional.

**P. ¿Investigación? Sabes que tenemos la única Beca específica de Terapia Ocupacional en este sentido...**

**R.** Si, y el año pasado estuve en el Tribunal. Había trabajos interesantes como uno de actividades acuáticas para discapacitados. La Terapia Ocupacional es un campo inmenso por investigar.

*Desde aquí agradecer la colaboración de Araceli para la realización de esta entrevista. Siempre es un gusto poder platicar de la Terapia Ocupacional con alguien que ha desarrollado toda su vida profesional en permanente contacto con la situación real y alejada de todo tipo de extremismos. Una persona que siempre ha mantenido la misma línea de actuación, siendo consecuente con sus opiniones y por encima de las coyunturas de cada momento. Todo un orgullo para la profesión y ejemplo de buen proceder personal.*

**FORSALUS** Formación Sanitaria **Curso teórico-práctico**  
**Kinesiología aplicada en**  
**Terapia Ocupacional**

---

**FORSALUS**  
Formación Sanitaria

**Febrero - Abril 2006**  
**60 horas**  
**Plazas limitadas: 12 máximo**



Solicita información gratuita en [iforsalus@hotmail.com](mailto:iforsalus@hotmail.com)

## IV JORNADAS ASTURIANAS DE SALUD MENTAL

Isabelle Beaudry Bellefeuille. Presidenta de la APTOPA.

La APTOPA fue la encargada de moderar, el pasado 3 de noviembre, una mesa redonda en las IV Jornadas Asturianas de Salud Mental, organizadas por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría.

Como presidenta de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias, fue para mí un placer poder moderar una mesa redonda sobre diferentes aspectos de la práctica de la Terapia Ocupacional en Salud Mental, dentro del marco de unas jornadas multidisciplinarias.

En primer lugar intervino Yolanda Amondaraín, Terapeuta Ocupacional del centro socio-sanitario La Merced, de Guadalajara. Su ponencia, titulada Terapia Ocupacional en personas con enfermedad mental: intervención en agudos y sub-agudos, destacó la importancia de iniciar la intervención de Terapia Ocupacional desde los primeros signos de discapacidad social. En muchos lugares la atención al enfermo mental se divide en dos fases, explicó Amondaraín. En primer lugar, el paciente pasa por una fase llamada Terapia, en la cual el principal objetivo de la intervención es fomentar la motivación personal y la conciencia de su propio estado. En los casos más graves, sigue una segunda fase de intervención, denominada Rehabilitación, en la que el desarrollo ocupacional es el principal objetivo. Las investigaciones de la señora Amondaraín apuntan hacia la necesidad de unificar el proceso de terapia con el proceso rehabilitador e intervenir de manera precoz.

A continuación intervino Gabriel Sanjurjo Castela, Terapeuta Ocupacional del centro de rehabilitación San Lázaro, de Oviedo. Su ponencia, titulada Reinstauración de actividades de la vida diaria en dispositivos intermedios, destacó que los sistemas de economía de fichas resultan muy eficaces en pacientes con trastornos mentales, de cara a aumentar su autonomía en las actividades de la vida diaria fuera de los centros rehabilitadores. La gran mayoría de estudios acerca de este tipo de programa se ha hecho con pacientes internos en centros terapéuticos, pero las investigaciones del señor Sanjurjo indican que este programa es igualmente eficaz en los dispositivos intermedios. Este sistema sería especialmente indicado para pacientes con baja motivación. El auto-registro de conductas incrementa la frecuencia de las conductas deseadas, expuso Sanjurjo.

Finalmente, intervino Sibille Tonnissen, Terapeuta Ocupacional del Hospital de Día de Arriendas. Su ponencia, titulada Aspectos de integración sensorial en pacientes esquizofrénicos, nos indica que un problema de integración sensorial puede ser un factor de estrés importante que contribuye al desencadenamiento de

un problema de salud mental. La integración sensorial es un campo de especialización de la Terapia Ocupacional y constituye uno de los componentes del desempeño funcional, junto a los aspectos motores, cognitivos, psicológicos y sociales, explicó Tonnissen. La detección y el tratamiento tempranos de los problemas de integración sensorial pueden reducir uno de los factores de riesgo de la enfermedad mental. La ponencia de la señora Tonnissen justifica la presencia del terapeuta ocupacional en los equipos de Salud Mental Pediátrica, ámbito en el que no suele haber ningún representante de nuestra profesión.

Desgraciadamente, en Asturias la Terapia Ocupacional en Salud Mental está representada solamente en dos áreas sanitarias, y no muy ampliamente; tan sólo hay un profesional en Oviedo y otro en Arriendas, ambos presentes en esta mesa redonda. Respeto a las demás comunidades autónomas españolas, Asturias se encuentra en posiciones de cola en cuanto a oferta de servicios de Terapia Ocupacional en este ámbito. Para cumplir con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Asturias tendría que contar, al menos, con 20 terapeutas ocupacionales en servicios relativos a la Salud Mental.

Con la actual política de no internar a las personas con enfermedad mental, parece paradójico que se halle tan escasamente representada en Salud Mental la profesión especializada en la reeducación de las habilidades de la vida diaria necesarias para ser funcional en la sociedad, fuera de los centros rehabilitadores.

La APTOPA agradece profundamente a los organizadores de las IV Jornadas Asturianas de Salud Mental la oportunidad brindada para participar en esta mesa redonda.





## AYTONA EDITORES



### EL ANÁLISIS Y LA ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN TERAPIA OCUPACIONAL

El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional, constituye el primer libro dedicado al tema en exclusiva, escrito por terapeutas españoles. Este libro, creado por y para terapeutas ocupacionales, ha sido desarrollado a partir de un estudio exhaustivo de la bibliografía anglosajona de referencia, y enriquecido por la experiencia clínica y docente de los autores. Proporciona una herramienta imprescindible en la formación académica de los terapeutas ocupacionales y constituirá un libro de referencia para los profesionales, que encontrarán en él un instrumento útil para comprender, analizar y adaptar mejor el medio terapéutico por excelencia de la Terapia Ocupacional: la actividad.

El libro se estructura en cuatro partes que conducen al lector desde los conceptos más generales de la actividad, el análisis y la adaptación, a la concreción del estudio y el desarrollo práctico de aquellas actividades terapéuticas más utilizadas en Terapia Ocupacional, tanto en el campo de la discapacidad física como en el ámbito Psicosocial.



### Club Prensa Asturiana

## Isabelle Baudry: «Asturias necesita más terapeutas ocupacionales»

La asociación profesional asturiana presentó su nueva revista el pasado martes

Oviedo, M. J. I. Asturias aún se encuentra muy lejos de contar con la proporción idónea de terapeutas ocupacionales, relativa a su población, recomendada por la Federación Mundial, según destacó en el Club Prensa Asturiana de LA NUEVA ESPAÑA Isabelle Baudry Bellefeville, presidenta de la Asociación Profesional Asturiana de Terapia Ocupacional.

La asociación presentó el pasado martes su nueva revista, dirigida por Gabriel Sanjurjo Castelao.

Isabelle Baudry señaló que los terapeutas ocupacionales tienen mucho que ofrecer a la sociedad. Entre los ámbitos que tocan mencionó la atención en mutuas de accidentes, centros ortopédicos e, incluso, en centros especializados en salud mental.



Por la izquierda, Gabriel Sanjurjo Castelao e Isabelle Baudry Bellefeville.

La responsable de la asociación hizo hincapié en que en Asturias solamente hay dos especialistas en terapia ocupacional para enfermos mentales, cuando

debería haber al menos veinte. La pediatría es otra de las materias en las que la terapia ocupacional puede desempeñar un importante papel. A esta clase de atención se

acude, por norma general, cuando una persona no puede llevar a cabo con normalidad sus actividades cotidianas.

Aunque la Federación Mundial se creó en el año 1952, la disciplina no llegó a Asturias hasta comienzos de los años setenta. La mayor parte de los profesionales de la región desempeñan sus labores en centros geriátricos.

#### Mayor presencia social

Los representantes de la asociación asturiana lamentaron la escasa valoración de su trabajo. La diplomatura de Terapia Ocupacional puede cursarse en la escuela Padre Enrique de Ossó.

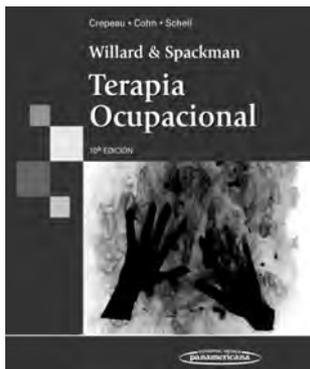
Una de las cuestiones que piden los profesionales estriba en que la Administración regional cree plazas para terapeutas como manera de aumentar su presencia en la sociedad.

**WILLARD & SPACKMAN**  
**Terapia Ocupacional 10ª Edición****AUTOR**

**ELIZABETH BLESEDELL CREPEAU:** Profesora de Departamento de Terapia Ocupacional, School of Health and Human Services, University of New Hampshire, Durham, New Hampshire. USA.

**ELLEN S. COHN:** Profesora Asociada Clínica, Departamento de Terapia Ocupacional, Sargent College of Health and Rehabilitation Services, Boston University, Boston, Massachusetts. USA.

**BARBARA A. BOYT SCHELL:** Profesora y Presidenta, Departamento de Terapia Ocupacional, Brenau University Gainesville, Georgia. USA.

**DESCRIPCIÓN**

Esta edición retiene gran parte de la estructura organizativa básica establecida en la 9ª edición, enfoque que se concentró en las preguntas que deseaban conocer los alumnos sobre terapia ocupacional y las personas que buscan la terapia ocupacional.

Esta edición adopta la nueva terminología de la International Classification of Function (antes conocida como ICDH-2) y el Occupational Therapy Practice Framework (de la American Occupational Therapy Association). Uno de los desafíos más notables y –desde una perspectiva práctica– más moderno fue esta nueva terminología. La evolución del Occupational Therapy Practice Framework a través de distintos borradores corrió para e a nuestro trabajo editorial sobre Willard y Spackman.

Dado que somos conscientes de poder de lenguaje para influir en la forma que pensamos, hemos intentado ser tan incuyentes como fuera posible en los términos para describir a los individuos. En consecuencia, en la medida de lo posible utilizamos el término practicante de terapia ocupacional para representar al terapeuta ocupacional y al asistente en terapia ocupacional certificado. Intentamos evitar un lenguaje que refleje sesgos y que rotule a las personas con discapacidades. En la medida en que fuera apropiado hemos utilizado un lenguaje de modo no médico. Al igual que en la 9ª edición, hemos uchado con la terminología referente al individuo que busca la terapia ocupacional –ya sea como paciente, persona, consumidor o estudiante–.

En todo el libro existen características especiales que amplían y extienden el texto de capítulo. Además de los estudios de casos y de los análisis de casos, el lector encontrará notas de investigación, ética e historia. Un nuevo elemento, "¿Qué hace un profesional?", presenta diemas prácticos que deben considerar los estudiantes. Muchos de estos apartados plantean interrogantes que el estudiante debe reflexionar y analizar. Los apéndices incluyen ahora un cuadro que describe evaluaciones de uso frecuente y sus fuentes. Los apéndices también incluyen ejemplos de sitios Web útiles para los practicantes de terapia ocupacional y las personas que buscan sus servicios.

**ÍNDICE (EXTRACTO)**

**UNIDAD UNO.** Terapia ocupacional y ciencia ocupacional: pasado, presente y futuro

**UNIDAD DOS.** Personas que solicitan la terapia ocupacional

**UNIDAD TRES.** Profesiones de la terapia ocupacional: el terapeuta ocupacional y el asistente de terapia ocupacional

**UNIDAD CUATRO.** Establecimiento de la alianza terapéutica

**UNIDAD CINCO.** Análisis de la ocupación y la actividad

**UNIDAD SEIS.** Base conceptual para la práctica

**UNIDAD SIETE.** Evaluación en terapia ocupacional

**UNIDAD OCHO.** Intervención en terapia ocupacional

**UNIDAD NUEVE.** Consideraciones diagnósticas en actantes, niños y adolescentes

**UNIDAD DIEZ.** Consideraciones diagnósticas en la práctica con adultos y ancianos

**UNIDAD ONCE.** Aspectos de la prestación de servicios

**UNIDAD DOCE.** Aspectos profesionales

**Formato** Cartoné. 20 x 28 cm. 1.440 páginas  
**I.S.B.N.** 84-7903-872-1

**Año de edición** 2006  
**P.V.P. con iva** 90,00 € (Año 2005)\*

\* Los precios pueden variar por el editor sin previo aviso. Datos válidos salvo error tipográfico



## NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista asturiana de TO considerará a eventuales publicaciones de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la Terapia Ocupacional, rehabilitación y discapacidad, además de disciplinas afines, así como relativos a la propia asociación y asociaciones de TO. Así tendrán cabida dos tipos principales de comunicaciones:

- **Temas científicos:** En forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros.
- **Temas asociativos:** recogiendo tanto información de las propias asociaciones y sus actividades científicas, como comentarios, sugerencias o información proporcionada por los socios.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores notificaciones que puedan considerarse oportunas para una mejor claridad de texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará de visto bueno de los autores previa su publicación.

El primer autor podrá recibir un ejemplar de la revista, cuando desee un número mayor o solicitará con la debida anticipación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

### REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Se enviará al Editor de la revista Asturiana de TO (Apdo: 1834. 33080-Oviedo) copias mecanografiadas a doble espacio, numeradas consecutivamente. Se adjuntará un disquete con el fichero de texto del documento.

**Primera página.** Incuirá, por orden, los siguientes datos: Título de trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citará a las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

**Segunda página:** Figurará por este orden: Título de trabajo, resumen de mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirá de 3 a 6 palabras clave para su inclusión en los índices oportunos.

Los originales deberán constar de introducción, materia y método, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 5 páginas y 6 figuras o tablas. Las notas técnicas no superarán los 3 páginas y 4 figuras o tablas. Las revisiones podrán contener un máximo de 4 páginas.

**Referencias bibliográficas:** se ordenarán y numerarán de forma consecutiva según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas iniciales y finales de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal". *Las tablas y gráficos* se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplos de citas bibliográficas (de "Normas de Vancouver").

### ARTÍCULOS DE REVISTAS

#### 1. Artículo normal

Se mencionan los seis primeros autores y se agrega a la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Cayton D, Back RJ, Masuyer E, Fried HP, Ivanov E, et al. Herat transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) puede omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencia, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

#### 2. Autor institucional

The cardiac Society of Australia and New Zealand. *Cardiac exercise stress testing. Safety and performance guidelines.* *Med J Aust* 1996; 164:282-4.

#### 3. Sin nombre de autor

Cancer in South Africa (editorial), *S. Afr. Med. J.* 1994; 84: 15.

### LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

#### 1. Indicación de autores personales.

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): De Gruyter; 1996

#### 2. Indicación de directores de edición o compiladores como autores.

#### 3. Indicación de una organización como autor y editor.

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the medical care program.* Washington (DC): The Institute; 1992.

#### 4. Capítulo de un libro.

Phillips S. J., Whisnant J. P. Hypertension and stroke. En: Laragh J. H., Brenner B. M., editors. *Hipertensión: pathofisiología, diagnóstico, y manejo.* 2ª ed New York: Raven Press; 1995. p. 465- 78.

#### 5. Actas de congresos.

Kimura J., Shibasaki H., editores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes de 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995. Oct 15-19, Kioto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 6. Original presentado en un congreso.

Bengtsson S., Soheim B. G. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun K. C., Degouet P., Piemme T. F., Rienhoff O., editores. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

#### 7. Tesis doctoral.

Kaplan S. J. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization.* St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

### OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

#### 1. Artículo de periódico.

Lee G.. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 2. Material audiovisual.

HIV+/AIDS: The facts and the future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 3. Diccionario y obra de consulta semejantes.

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

### TRABAJOS INÉDITOS

#### 1. En prensa.

Leshner A. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N. Engl. J. Med.* En prensa 1997.

### MATERIAL ELECTRÓNICO

#### 1. Artículo de revista en formato electrónico.

Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. *Emerg Infect Dis (serial online)* 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1): (24 palabras). Accesible en URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>



**BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN**

Empresa ..... N.I.F. ....  
 Apellidos .....  
 Nombre .....  
 D.N.I. ....  
 Domicilio .....  
 Población .....  
 C. Postal ..... Provincia .....  
 Teléfono ..... Fax .....  
 Correo electrónico .....  
 Puesto de trabajo actual .....

**FORMA DE PAGO**

Adjunto duplicado de transferencia bancaria a:  
**Asociación Profesionales de Terapeutas del Principado de Asturias**  
 Apto. de Correos: 1834. 33080 OVIEDO  
 Nº Cuenta: 2048/0000/29/0340113878

En ....., a ..... de .....de .....

Firma

D.N.I

.....

TARIFAS 2005  
 SUSCRIPCIÓN 15€  
 2 NÚMEROS AL AÑO  
 NÚMERO SUELTO 8€

Más información en:

**aptopa@latinmail.com**



## IV BECA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO "SUSANA RODRÍGUEZ"

La Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias, con objeto de fomentar el estudio e investigación de la Terapia Ocupacional, y de cualquier aspecto que la rodea, además de rendir un cárido y sincero homenaje a nuestra compañera desaparecida Susana Rodríguez, convoca esta Beca bajo las siguientes bases:

**1.** Podrán participar Terapeutas Ocupacionales y estudiantes de Terapia Ocupacional de cualquier nacionalidad, con obra u obras inéditas escritas en castellano o asturiano. Los autores que presenten más de una obra deberán cumplir de forma independiente y separada para cada uno de los proyectos las formalidades que las bases establecen.

**2.** El objetivo de los trabajos versarán sobre la Terapia Ocupacional y cualquier aspecto relacionado con ello dentro del estado español.

**3.** La modalidad será la de proyecto de investigación o estudio. Dicho proyecto no superará los diez folios mecanografiados a doble espacio por una sola cara y presentado por duplicado.

**4.** Los proyectos se presentarán en sobre cerrado incluyendo en el interior los datos del autor/es; nombre y apellidos, dirección, teléfono de contacto y breve currículum vitae. A fin de asegurar el anonimato no se incluirán dichos datos en el proyecto.

**5.** Los proyectos se enviarán antes del 30 de Junio de 2.006 a la siguiente dirección: Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias. Apd de Correos 1834-33080 Oviedo. Indicando en el sobre "III BECA SUSANA RODRÍGUEZ". Los proyectos no seleccionados serán destruidos inmediatamente después del fallo del jurado.

**6.** El jurado estará compuesto por tres Terapeutas Ocupacionales, designados por la Junta Directiva de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias, y un secretario con voz pero sin voto. Sus nombres se harán públicos no antes de la semana anterior al fallo de la Beca. El jurado fijará en su primera reunión los procedimientos para la sucesiva selección de proyectos. Siendo uno sólo el proyecto seleccionado.

**7.** Se establece una Beca de 300€ para el desarrollo del proyecto. Se entregarán 100€ cuando sea público el fallo. El resto 200€, se entregarán a la presentación del trabajo, siempre antes del 31 de Diciembre de 2.006.

**8.** El fallo del jurado, que será inapelable, se hará público en el mes de Julio de 2.005.

**9.** El trabajo ya finalizado pasará a propiedad de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias que podrá hacer uso posterior del mismo según sus fines.

# Revista Asturiana de Terapia Ocupacional

Subvencionada por:



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS