

Revista Asturiana de Terapia Ocupacional



n.º **3**

Mayo 2006



SUMARIO

EDITORIAL pag. 3

FIBROMIALGIA

IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Dulce María Romero Ayuso, Verónica Cenjor Rodríguez, Ana Cabello López y Aura Ureña pag. 4

PSICOGERIATRÍA

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICAS EN EL ANCIANO:

DETECCIÓN Y MANEJO POR PROFESIONALES SANITARIOS Y CUIDADORES

José Ángel Gutiérrez Sevilla y Rocío Maderna Dallasta pag. 11

INFANCIA

LA ACTIVIDAD FÍSICA: ¿DERECHO O PRIVILEGIO?

Isabelle Beaudry Bellefeuille pag. 23

PÁGINAS ASOCIACIÓN

NOTICIAS DE LA ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE

TERAPEUTAS OCUPACIONALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS pag. 27

NOVEDADES EDITORIALES pag. 28

NORMAS DE PUBLICACIÓN pag. 29

IV BECA PARA PROYECTOS

DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO "SUSANA RODRÍGUEZ" pag. 31

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

CONSEJO DE REDACCIÓN

Saray De Paz Ranz

Elena Díaz Cáceres

Gabriel Sanjurjo Castelao

FOTO PORTADA: La Melancolía
(Óleo sobre lienzo 168x128 cm.)

Doménico Fetti (1589-1623)

aptopa@latinmail.com

IMPRIME

IMPRENTA GOYMAR

Padre Suárez, 2

33009 OVIEDO

Depósito Legal: AS-02720-2005

I.S.S.N: 1699-7662



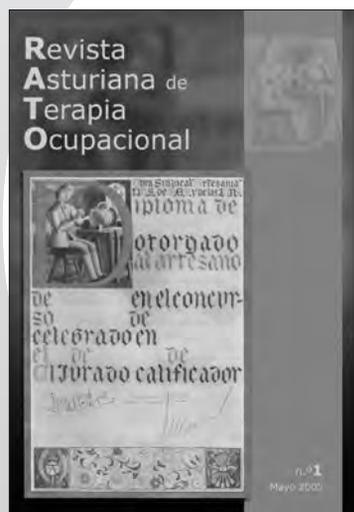


En nombre del Consejo de Redacción quisiera dar las gracias a todas las personas que nos han apoyado en la realización de la Revista, y particularmente en su publicación y difusión. A lo largo de este último año hemos recibido muchas muestras de apoyo y, porque no decirlo, de felicitaciones por la calidad de la Revista. No sólo de profesionales de la Terapia Ocupacional sino también otros profesionales que he tenido la oportunidad de conocer en Cursos y Congresos en los cuales tuve la posibilidad de promocionar la Revista. Evidentemente son los que colaboran con sus artículos los que crean esa calidad y esperamos que se pueda mantener indefinidamente. Pero eso no es óbice para que desde el Consejo se renueve el compromiso y la motivación por lograr una Revista como merece nuestra profesión. El hecho de que nos hagan llegado de felicitaciones de médicos de diferentes especialidades, enfermeros, fisioterapeutas y otras profesiones, con una cultura de publicación e investigación más amplia, ilusiona a los componentes de este Consejo para seguir trabajando hacia una línea de publicación abierta a las inquietudes de los profesionales de la Terapia Ocupacional. No podemos olvidarnos que en ese ámbito de inquietudes aparecen las aportaciones de otros profesionales.

No quiero dejar pasar la oportunidad de felicitar públicamente a la Asociación por el trabajo realizado para la creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Asturias. He tenido la suerte de poder leer el dossier presentado y realmente se pone de manifiesto tanto por su extensión, como por la congruencia y adecuación de contenidos, la ardua labor de recopilación de datos, leyes, experiencias, definiciones, funciones, etc. que tienen que ver con la Terapia Ocupacional. En este sentido he querido dar a conocer lo que quizás tenga un mayor interés para el profesional, y que encontrará en las páginas de la Asociación.

Tienen en sus manos el tercer número de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Como pueden comprobar se ha variado la estructura de los artículos y las secciones. Este cambio ha sido obligado, ya que la división en secciones "tradicional" de la revista no permite dar cabida a artículos más extensos pero no por ello menos interesantes. Las secciones volverán a ser las mismas en próximos números. En este número he creído importante dar un peso específico al trabajo de investigación ganador de la Beca Susana Rodríguez del 2.005 y a un artículo de psicogeriatría realizado por DUE's especialistas en Salud Mental y que seguro que resultará de aplicación práctica para todos aquellos que trabajamos en el ámbito sanitario. Espero que la disfruten.

El Director





IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Dulce María ROMERO AYUSO. Terapeuta Ocupacional y Neuropsicóloga. Centro de Estudios de Talavera de la Reina, Universidad de Castilla-La Mancha. Avda. Real Fábrica de Sedas s/n. 45600- Talavera de la Reina (Toledo). España-Spain. Tel.: 925-72-10-10 Ext. 5624. Fax: 925-72-10-11. e-mail: Dulce.Romero@uclm.es

Verónica CENJOR RODRÍGUEZ. Terapeuta Ocupacional

Ana CABELLO LÓPEZ. Terapeuta Ocupacional.

Laura URUEÑA. Terapeuta Ocupacional.

● RESUMEN

Conocer la repercusión que tiene la fibromialgia sobre el desempeño ocupacional y la percepción de competencia personal, es el principal objetivo de este estudio, donde se ha estudiado con mayor profundidad variables como el rendimiento en las actividades de la vida diaria, calidad de vida, rendimiento cognitivo y repercusión afectiva. Para ello se ha utilizado un diseño cuasiexperimental comparando mujeres entre 20 y 60 años con el diagnóstico de fibromialgia con mujeres sin ninguna patología de las mismas edades. Los resultados muestran una amplia repercusión sobre la dimensión ocupacional, percepción de salud y variables afectivas.

● ABSTRACT

The knowledge of impact of fibromyalgia on occupational performance and competence perception has been the principal aim of this study. It has been studied more deeply factors like the performance in different activities of daily living, quality of life, cognitive performance and affective impact. The design was quasiexperimental comparing women between 20 to 60 years old with the diagnosis of fibromyalgia with women without any pathology. The results show a great repercussion on occupational dimension, health perception and affective variables.

● PALABRAS CLAVES

Fibromialgia, Actividades de la Vida Diaria, Rendimiento Ocupacional, Participación ocupacional, Competencia Ocupacional.

● INTRODUCCIÓN

Actualmente la fibromialgia constituye una de las patologías más desconocidas conceptualmente. Sin embargo la alta incidencia y prevalencia de la misma hace de ella un tema de gran relevancia científica y sanitaria. Las asociaciones de fibromialgia indican que 1.300.000 personas sufren esta enfermedad en España.

Asimismo, el dolor crónico, uno de los síntomas nucleares de la fibromialgia es una situación frecuente en la sociedad actual. Además de las consecuencias personales que suponen sufrir dolor, existe una amplia repercusión sobre la vida productiva y la utilización de los recursos sociosanitarios. En este sentido, gran parte de los programas de rehabilitación para estos pacientes utilizan un tratamiento multidisciplinar, principalmente de orientación conductual^{[1] [2]}.

Sin embargo, la eficacia de los tratamientos parece fluctuar y el origen o causa última de la misma no se conoce. Martensson^[1] tras tres años de aplicación de un tratamiento conjunto de fisioterapia y terapia ocu-

pacional muestra los principales cambios en la mejor percepción subjetiva y la disminución de visitas al médico. En cambio, no se obtuvieron resultados efectivos en la recuperación de la actividad productiva. Se ha entendido que el proceso de adaptación en este tipo enfermedad y especialmente en relación con el dolor crónico, debería ser un proceso dinámico, dado que el mismo cambia de un momento del día a otro, entre días, meses e incluso años. De tal modo, que los tratamientos deberían enfatizar sobre la habilidad para seleccionar y realizar las actividades de la vida diaria en función de la limitación que imponga el dolor y la fatiga, así como en el desarrollo de habilidades para detectar situaciones que pueden provocar dolor. Entendiendo que el dolor tiene tanto una dimensión conceptual como sensorial. En este sentido, también se plantea el dilema existente con relación a la legitimidad del dolor. De tal modo, que cuando alguien sufre una fractura hay datos observables que facilitan socialmente entender el dolor. En cambio, en las personas que sufren fibromialgia el dolor socialmente es intangible, lo que produce dificultades en la comprensión social de la enfermedad, en los familiares, cuidadores, etc.

Igualmente, se han aplicado distintas estrategias diagnósticas cuyo fin último obedecía a conocer su etiología, como EMG, EEG, RM, sin encontrar hallazgos significativos que puedan ayudar al diagnóstico, explicación y tratamiento.

Esta situación supone una situación de indefensión para quien la padece y para el propio profesional sanitario, que no sabe como abordar el problema eficazmente. Todo ello se ha visto reflejado en la variedad y falta de acuerdo con respecto al tratamiento farmacológico y rehabilitador^[3].

Los resultados del estudio pueden favorecer la toma de conciencia social, comprensión y puesta en marcha de estrategias de tratamiento más eficaces en el futuro, ayudando al proceso mencionado previamente de "legitimación del dolor"; dado que uno de los principales problemas a los que se enfrentan las personas con fibromialgia es la negación a su enfermedad, falta de comprensión e incluso la consideración de simuladores.

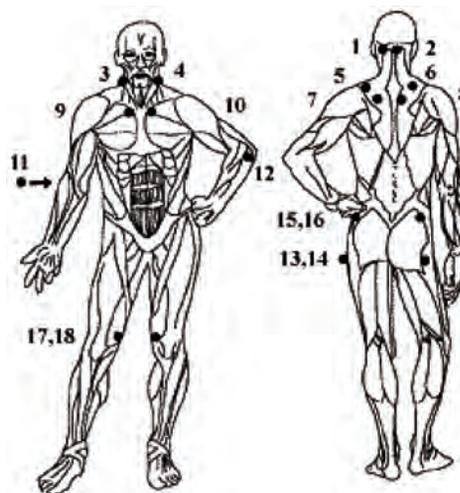
Los objetivos perseguidos, por tanto, son que las personas experimenten un grado de independencia y autonomía en sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) [4], donde debido a su enfermedad estas personas manifiestan una disfunción ocupacional que limita y dificulta su quehacer diario, creando un alto grado de dependencia, y con ello una carga tanto familiar como estatal (ver tabla -1-)^[5]. Lo cual crea un sentimiento de frustración, inestabilidad emocional, desmotivación.

TABLA 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO

- Toma de conciencia del cambio de estado de salud al encontrarse inactivos.
- Reconocimiento de actividades significativas u ocupaciones para cada individuo.
- Disminución de la sintomatología propia de la enfermedad como:
 - Parestesia en miembros superiores.
 - Anquilosamiento de las articulaciones.
 - Aplanamiento afectivo, depresión.
- Aprendizaje de habilidades para controlar el estrés.
- Adquisición de técnicas de afrontamiento para combatir el dolor, fatiga, dificultades para dormir.
- Consecución de una buena ergonomía postural.
- Mejora del estado muscular general.
- Disminución de las quejas cognitivas: atención, orientación y memoria.
- Mejora de la concentración, orientación y memoria, mediante estrategias internas o externas.
- Aprendizaje de técnicas de ahorro de energía en la realización de Actividades de la Vida Diaria.
- Aprendizaje de habilidades para adecuar el tiempo y ritmo para la realización de las Actividades de la Vida Diaria.

● MATERIALES Y MÉTODO

La investigación planteada tiene un diseño cuasiexperimental con grupo control. La asignación a la intervención ha sido randomizada, para aumentar la potencia del diseño, entre la muestra evaluada en la primera fase del estudio. La primera hipótesis de este estudio refleja que los pacientes con fibromialgia muestran una disfunción ocupacional, lo que supone una pérdida de la competencia, identidad y desadaptación ocupacional. De tal modo, que existirán diferencias significativas entre el grupo control y experimental en las variables de la ocupación estudiadas.



En segundo lugar, a través de la intervención de terapia ocupacional, se podría lograr el aumento de autocontrol sobre la sintomatología, aprendiendo técnicas de manejo del dolor, lo que repercutirá en la calidad de vida y bienestar general de los pacientes con fibromialgia. No todos los pacientes de fibromialgia reaccionan de la misma forma ante el dolor. Por otro lado, entendemos que el dolor repercute en distintas dimensiones de la ocupación. En primer lugar supone un aumento del tiempo de descanso y disminución de la vida activa. Lo que supone una desestructuración del tiempo y distribución ocupacional. Además, afecta a distintos elementos que sobre los que se apoya el funcionamiento ocupacional normal: roles e identidad ocupacional; hábitos y rutinas; disminución de la capacidad física; disminución de las relaciones interpersonales; alteraciones afectivas y de las funciones cognitivas^{[6] [7]}.

El perfil de los sujetos del grupo experimental cumplió los siguientes criterios: mujer con una edad comprendida entre los 30-60 años, residentes en Talavera de la Reina y su comarca, con un nivel sociocultural medio-bajo, con una gran motivación e implicación personal para adaptarse y vivir con su enfermedad, con el diagnóstico clínico de fibromialgia y ausencia de otros diagnóstico no relacionados con la fibromialgia.

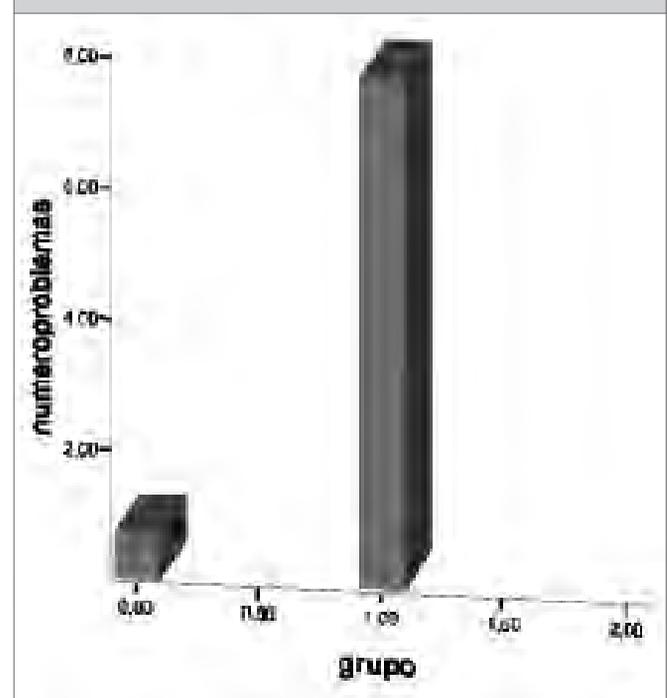
Los instrumentos de evaluación se apoyan en dos grandes modelos de práctica de la Terapia Ocupacional contemporánea, el Modelo Canadiense sobre el

Rendimiento Ocupacional y el Modelo de la Ocupación Humana. Es importante señalar que a todos los sujetos se le aplicaron las pruebas en el mismo orden, dado que dentro de la evaluación también se incluían 5 pruebas de atención y memoria y podían verse alteradas por el orden de presentación de las mismas. El orden y pruebas aplicadas fueron:

1. **Historia personal**, fue un cuestionario creado a propósito de este estudio donde se recogían los principales problemas clínicos, diagnóstico, antecedentes personales y familiares, anamnesis, tratamientos previos y actuales, tipo de tratamiento recibido, situación sociocultural de la paciente y pareja, ya que es el mejor predictor del nivel socioeconómico, así como si se había solicitado o contaba con el certificado de minusvalía.
2. **Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM)**. El paciente prioriza los problemas que encuentra en su vida diaria, según una regla visual de 1-10. Posteriormente una vez seleccionados los 5 problemas más importantes valora como es su ejecución o desempeño en cada una de esas actividades y el grado de satisfacción que le produce esa situación, obteniendo dos índices finales: desempeño y satisfacción.
3. **Trail Making Test, parte A (TMT A)**, es una de las prueba neuropsicológicas de atención sostenida más utilizada por su sencillez y rapidez en su aplicación.
4. **Trail Making Test, Parte B (TMT B)** es una prueba de atención alternante, donde el sujeto debe mantener en la memoria de trabajo la regla de que debe ir alternando número - letra, de tal manera que un total de 26 números con sus correspondientes letras del abecedario deben ser unidas por orden ascendente, sin levantar el lápiz del papel y tan rápido como pueda.
5. **Subtest de Memoria Verbal de la Wechsler**, recuerdo inmediato. En esta prueba, se lee una historia y tras su lectura el paciente debe recordarla. A continuación se lee una segunda historia y se le vuelve a pedir que nos cuente lo que recuerde.
6. **Subpruebas de dígitos directos e inversos de la Escala de Memoria Wechsler**. Al paciente se le dice un número o dígito por segundo y después de una serie, que es ascendente (2 dígitos, 3 dígitos, 4 dígitos,...), se le pide que los repita sin alterar el orden.
7. **Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST, version 1.1., 2004)**. Es un instrumento de cribaje para conocer cuáles son las áreas problemáticas según el Modelo de la Ocupación Humana. La obtención de datos se hace mediante una entrevista semiestructurada, donde se va preguntando por la motivación, por la ocupación, el entorno físico y social, los intereses, el patrón de configuración de actividades (rutinas y adaptabilidad de los mismos), cambios históricos relevantes en relación a la ocupación, las habilidades personales, expectativas de éxito, locus de control, valores, etc.

8. **Subtest de Memoria Verbal de la Wechsler**, recuerdo demorado. En esta prueba se le pide que tras 20 minutos de demora recuerde las dos historias, primero una y luego la otra, aunque no importa por la historia que comience.
9. **Cuestionario De Salud SF 36** (versión española 1.4, junio 1999), es un cuestionario de 36 preguntas sobre la percepción del estado de salud, realizando una comparación temporal, con el mismo y con otras personas. Es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la calidad de vida, según la percepción de la propia salud.
10. **Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS, versión validad al castellano por Ramos - Brieva y cols.)**. La HDRS es la escala más utilizada para evaluar la depresión, considerándose la escala-patrón de todas las escalas de su tipo.
11. **Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS, versión adaptada al castellano por Carrobbles y cols.)**. Permite cuantificar la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos.
12. **Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)**. Es un cuestionario muy utilizado para conocer la repercusión de la fibromialgia, consta de 19 preguntas, divididas en dos partes, la primera parte hasta la pregunta 12 permite conocer las algunas de las actividades instrumentales y productivas que el paciente ha podido realizar y su dificultad en la última semana. Las últimas preguntas hacen referencia a los sentimientos asociados a la fibromialgia durante la semana anterior.

GRÁFICO 1. MEDIDAS EN EL NÚMERO DE PROBLEMAS INDICADOS EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL¹



1. Los gráficos muestran las medias en cada una de las variables, siendo el grupo control el que aparece como "0" y el grupo experimental el que aparece como "1".

GRÁFICO 2. MEDIDAS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

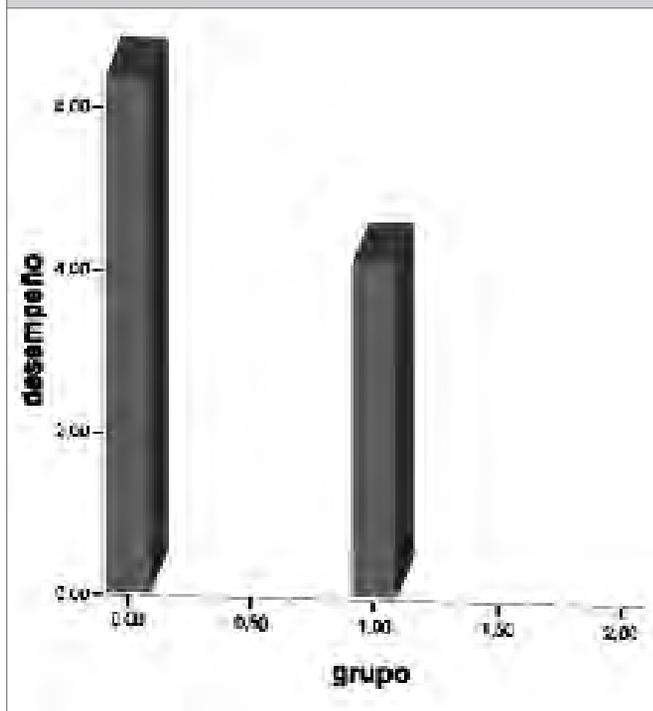
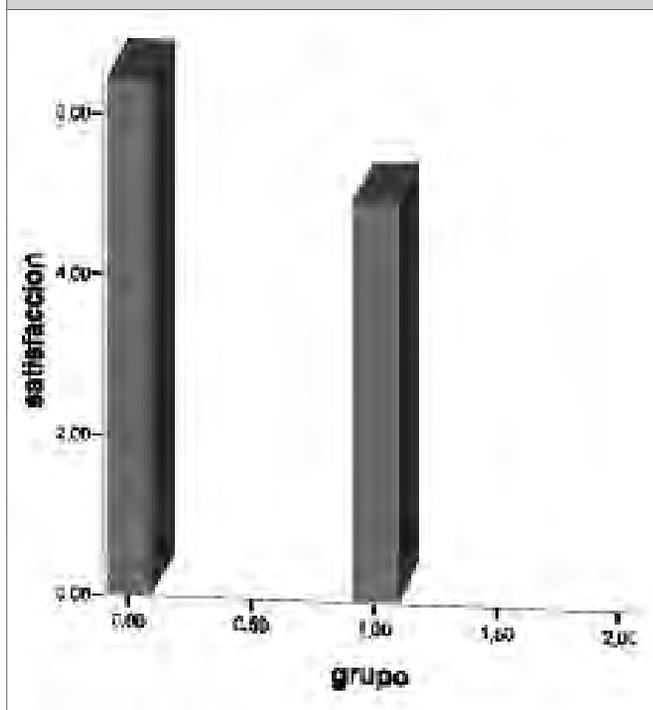


GRÁFICO 3. MEDIDAS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LA SATISFACCIÓN CON SU DESEMPEÑO OCUPACIONAL



● **RESULTADOS**

Los datos han sido analizados con el paquete informático SPSS versión 12.0 para Windows. El nivel de significación utilizado es p menor o igual a 0,05. Dado que el número de casos en el grupo control es reduci-

do se ha optado por utilizar un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias, ya que es un estadístico más potente que la simple comparación de medias o la prueba t de student.

En el **rendimiento ocupacional**, los resultados muestran que hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental en el número de problemas detectados ($F=78,848$, $p=,000$) y en el desempeño ($F=5,369$; $p=,030$) (ver gráfico 1 Y 2).

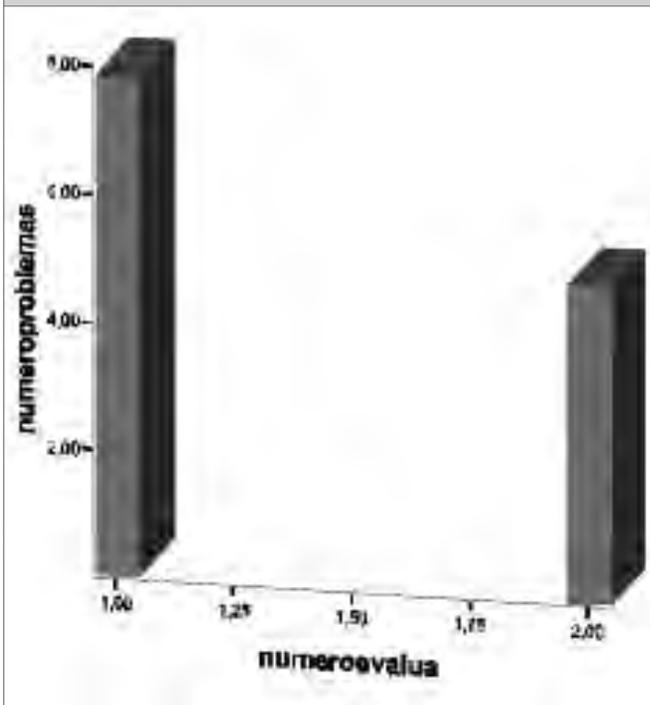
Sin embargo, no hay diferencias en la satisfacción en la realización de las actividades diarias ($F=1,649$; $p=,212$) tal y como muestra el gráfico 3.

En relación a los datos obtenidos a través del M.O.H.O.S.T. se observan diferencias significativas en la mayoría de las variables incluidas, excepto en las habilidades comunicativas y de interacción, en gran parte de las habilidades cognitivas y la participación y apoyo recibido de grupos sociales. Se observan diferencias significativas en la apreciación de capacidad ($F=13,109$, $p=,001$), en las expectativas de éxito ($F=28,422$; $p=,000$), el número, intensidad y participación en intereses ($F=20,514$; $p=,000$), en el compromiso en tareas y actividades ($F=12,263$; $p=,001$), en las rutinas diarias y organización del tiempo para la actividad ($F=27,00$; $p=,000$), en la adaptabilidad a los cambios de rutinas ($F=18,936$; $p=,000$), en la responsabilidad asumida según los roles ($F=11,741$; $p=,002$), en los roles desempeñados en relación a sus responsabilidades actuales percibidas por ellas mismas, por su entorno social y familiar ($F=12,935$; $p=,001$), en las relaciones interpersonales y preferencia por la realización de actividades solos o con otros ($F=5,974$; $p=,021$).

Es marginalmente significativa la diferencia en la habilidad para planificar actividades y funciones ejecutivas, supervisar las actividades, monitorizar errores ($F=4,011$; $p=0,54$). En cambio, hay diferencias en la habilidad para resolver problemas ($F=14,348$; $p=,001$). Asimismo, también hay diferencias en las habilidades motoras: postura y movilidad ($F=33,118$; $p=,000$), en la coordinación ($F=15,600$; $p=,000$), en la fuerza y resistencia ($F=80,215$; $P=,000$), en la energía necesaria para realizar las actividades diarias ($F=92,159$; $p=,000$). También se observan diferencias debidas a las condiciones del espacio físico ($F=10,760$; $p=0,003$) y recursos disponibles ($F=7,109$; $p=,012$). Por último, se observan diferencias en las demandas ocupacionales ($F=14,799$; $p=,001$).

Los resultados obtenidos de las pruebas sobre la percepción de la calidad de vida, impacto de la fibromialgia en la vida diaria y e estado afectivo, se observan diferencias en todas las variables. El grupo experimental considera que tienen peor calidad de vida, su salud es peor y van a enfermar antes que el grupo control ($F=29,78$; $p=,000$).

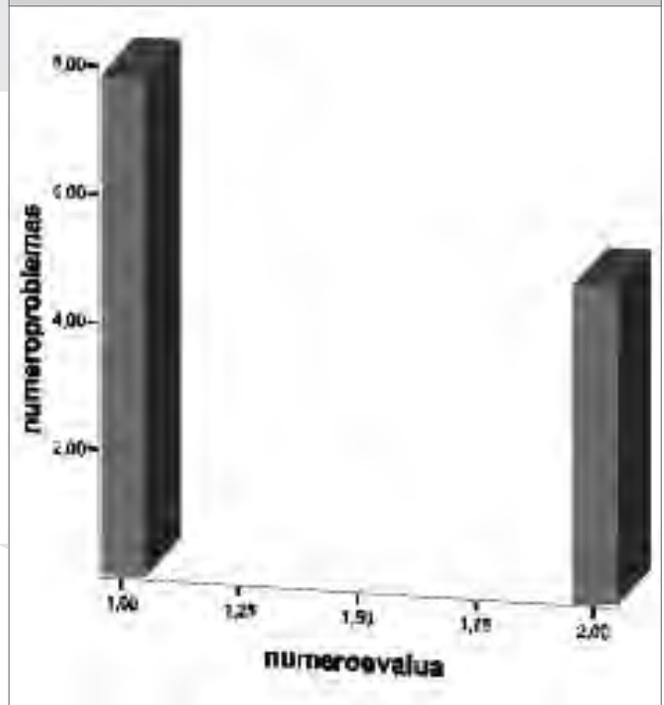
GRÁFICO 4. MEDIAS DE LOS RESULTADOS EN EL FIQ



Igual que sucedía con la depresión, también se observan más síntomas de ansiedad en el grupo experimental ($F=49,156$; $p=,000$). Por último, como es lógico se observan diferencias significativas en el impacto que tiene la fibromialgia en la ejecución de las actividades instrumentales y productivas de la vida diaria ($F=19,85$; $p=,000$) (ver gráfico 4).

Los resultados de las variables cognitivas muestran diferencias significativas en las tareas de atención sostenida ($F=7,790$; $p=,009$) y marginalmente significativas en las tareas de atención alternante ($F=4,023$; $p=,054$). Asimismo, se observan diferencias en el recuerdo verbal a largo plazo ($F=6,998$; $p=,013$). No encontrándose diferencias significativas en el recuerdo verbal inmediato, en la amplitud atencional y memoria de trabajo.

GRÁFICO 5. DETECCIÓN DE PROBLEMAS OCUPACIONALES PRE-POST TRATAMIENTO



Los resultados tras las 20 sesiones de tratamiento sólo muestran diferencias significativas en la detección de número de problemas ($F=15,765$; $p=,000$).

No encontrándose diferencias en el desempeño y la satisfacción ocupacional. No se ha llevado a cabo el análisis de los cambios en los diferentes componentes de la Ocupación, según el MOHOST, dado que el tiempo de tratamiento no superó los tres meses y para que se produzca un cambio en este sentido era preciso un tratamiento más intensivo que el ejecutado. Los resultados de la intervención muestran diferencias en el estado afectivo, por depresión ($F=9,482$; $p=,004$) y en el impacto que tiene la fibromialgia sobre las actividades instrumentales y productivas ($F=9,99$; $p=,003$).

En los resultados post-tratamiento sólo se observan diferencias significativas en el rendimiento en tareas



VETUSTA
CLÍNICA
DENTAL

- ODONTOLÓGIA GENERAL
- ENDODONCIA
- IMPLANTOLOGÍA
- ESTÉTICA DENTAL
- PERIODONCIA

c/ Ronda, 3 - 4º
33010 OVIEDO
Teléfono: 985 20 60 84

Nº Registro Sanitario: 1 / 2117

de atención sostenida ($F=6,152$; $p=,017$) y marginalmente significativas en tareas de atención alternante ($F=3,700$; $p=,060$).

● DISCUSIÓN

Los resultados en los que se compara el rendimiento ocupacional, cognitivo y calidad de vida en pacientes con fibromialgia y el grupo control, muestran una repercusión en los tres ámbitos, más notable en el rendimiento ocupacional y en la calidad de vida que sobre las variables cognitivas, que únicamente se ve afectada claramente la atención sostenida y el recuerdo verbal demorado.

En relación con perfil ocupacional y afectación de la fibromialgia en la vida diaria los resultados iniciales son acordes con estos datos, no mostrando dificultades en las habilidades de procesamiento de la información, excepto en la planificación de actividades y resolución de problemas, funciones cognitivas que tienen que ver con la atención y funciones ejecutivas.

Los resultados obtenidos a través del MOHOST tienen la ventaja de indicarnos que componentes en concreto de la ocupación se ven alterados, mientras que el COPM, siendo también un primer instrumento útil para determinar la importancia de los problemas que percibe el paciente, aporta menor información respecto a ¿por qué un determinado individuo muestra una disfunción ocupacional^[5]. En este sentido, sería conveniente utilizar ambos para planificar individualmente el tratamiento de las personas afectadas por fibromialgia. Es destacable la amplia repercusión que sobre el sistema volitivo tiene la fibromialgia. Igualmente, y de acuerdo a las hipótesis iniciales se observa un amplio impacto sobre la identidad ocupacional, asunción de responsabilidades y desempeño de roles actuales en relación con los previos, así como la imagen que el individuo tiene sobre sí mismo desde una perspectiva histórica, que podría estar relacionado con el estado afectivo, en función de las fases por las que pasa el enfermo y el patrón de desempeño que tenga en función del dolor, si muestra un exceso de actividad y sobrecarga de actividad, mostrando mayor ansiedad o por el contrario mostrando una reducción significativa en la participación ocupacional y social, mostrando sintomatología compatible con la depresión clínica.

Dentro de las actividades de la vida diaria^[4], las que se observan más alteradas en función de los resultados son las actividades productivas en primer lugar, actividades instrumentales, del hogar (planchar, colgar la ropa en el tendero, hacer la comida, fregar suelos, ventanas y limpieza del hogar en general, coger transporte público), en algunos casos también se han indicado dificultades para conducir, siendo menos frecuente esta afectación.

Es interesante señalar que los casos evaluados en este estudio mostraban una historia laboral con trabajos que requerían mayor carga y esfuerzo físico, dedicándose gran parte de la muestra a tareas de limpieza, a diferencia de lo que sucedía en el grupo control.

También, desde un punto de vista cualitativo, encontramos diferencias en los acontecimientos estresantes vitales, siendo más amplios y frecuentes en el grupo experimental. Aspecto que podría ser de interés para investigaciones futuras, así como la historia laboral premórbida.

Por otro lado, los datos obtenidos tras la intervención, en primer lugar habría que señalar la limitación temporal para la ejecución de la intervención, que fue grupal, y que hubiese sido adecuado prolongar en el tiempo y hacer un tratamiento individualizado. Además, la asistencia al tratamiento fue irregular participando en el mismo únicamente 15 personas de media. Entre los factores que afectaban a la falta de asistencia se encontraron quejas de dolor, dificultades horarias y dificultades espaciales, para trasladarse de algún pueblo hasta Talavera de la Reina. Aspectos que deberían considerarse para futuras intervenciones en el ámbito clínico.

Los resultados indican un menor número de dificultades ocupacionales tras la intervención, aunque no se observa una mayor satisfacción o mejor desempeño en otras ocupaciones. Los resultados obtenidos podrían estar en relación con el cambio producido en las creencias y actitudes hacia el dolor, tal y como encontraron Jones, Ravey y Steedman^[8].

Mejora en la percepción del dolor y visitas al médico han sido también documentadas tras una intervención de terapia ocupacional^[9]. Pequeñas mejoras también han sido planteadas por Soares y Grossi^[10], tras la intervención de terapia ocupacional en las estrategias de afrontamiento. Estos resultados pueden estar relacionados con la necesidad de una adaptación dinámica al dolor, que es muy fluctuante en esta patología y podría precisar una mayor duración del tratamiento que en otras patologías, al menos desde un punto de vista educativo.

Como conclusiones a este estudio preliminar creemos que la característica esencial para que se pueda valorar la eficacia del tratamiento debería considerarse la flexibilidad del mismo y su adaptabilidad a las características de estos pacientes. Consideramos fundamental la educación ocupacional como una fase prioritaria en el inicio al tratamiento. En relación con la satisfacción con la intervención los resultados indicaron un mayor agrado con las actividades de piscina y menor con las actividades físicas.

Los resultados de este estudio preliminar sugieren que la intervención del terapeuta ocupacional en este ámbito es de gran importancia, dado que una de las



principales quejas y repercusión se produce en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria. Junto con el terapeuta ocupacional, sería conveniente la ejecución de paquetes multiprofesionales y multimodales dónde el psicólogo trabaje creencias irracionales sobre su propio rendimiento y coadyude al restablecimiento de una identidad ocupacional positiva y genere estrategias de afrontamiento más efectivas^[11].

Querriamos señalar las limitaciones a las que están supeditados los resultados de la investigación. En primer lugar, el factor más importante ha sido el reducido tiempo contado para su realización, dado que comenzó en septiembre de 2005, por dificultades para iniciar la primera fase de selección de la muestra, y el plazo de finalización ha sido diciembre de 2005. En este sentido, hubiese preferible limitarse a la ejecución de las dos primeras fases del proyecto y no ejecutar la última de intervención. Por otro lado, una dificultad añadida ha sido encontrar sujetos "sanos", controles de las edades y nivel socioeconómico y cultural en Talavera de la Reina que fuesen equiparables al grupo experimental o cuasiexperimental, lo que reduce la potencia de los resultados finales. También, que es la primera investigación realizada en España sobre Fibromialgia y Terapia Ocupacional, lo que ha supuesto la traducción de instrumentos de evaluación y protocolos de intervención de contextos diferentes al nuestro, afectando también a la comparación con otros estudios. No obstante, pensamos que los resultados de los estudios pueden ayudar establecer futuras líneas de investigación y de intervención en este ámbito.

De cara a investigaciones futuras, sería conveniente poder comparar los cambios producidos en los distintos componentes de la ocupación valorados a través del MOHOST y trabajar más intensamente los problemas afectivos.

Asimismo, sería conveniente realizar estudios sobre factores predictores y precipitantes de la fibromialgia, como acontecimientos estresantes, sobrecarga ocupacional, nivel educativo y características de personalidad.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado con la ayuda de la Beca de Investigación Susana Rodríguez otorgada por la Asociación Asturiana de Terapia Ocupacional. Asimismo queremos agradecer a la Asociación de Personas con Fibromialgia de Talavera de la Reina AFRIBROTAR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS REFERENCE LIST

- (1) **MARTERSSON L.** *Rehabilitation of patients with Chronic Pain in Primary Health Care.* Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2001; 8:108.
- (2) **BROWN G, GREENWOOD-KLEIN J.** *Juvenile fibromyalgia syndrome: the role for occupational therapists.* Australian Occupational Therapy 2001; 48:54-65.
- (3) **ROSSY L, BUCKELEW S, DORR N, HAGGLUND K, THAYER J, MCINTOSH M, HEWETT J, JOHNSON JC. A** *Meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions.* 1999, 21 (2): 180-191. Ann Beba Med 1999; 21(2):180-191.
- (4) **MORUNO P, ROMERO DM.** *Actividades De La Vida Diaria.* Barcelona: Masson, 2006.
- (5) **ROMERO D, MORUNO P.** *Terapia Ocupacional. Teoría Y Técnicas.* Barcelona: Masson, 2003.
- (6) **TROMBLY C, RADOMSKI M.** *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- (7) **HOWWITZ E, THEORIELL T, ANDERBERG UM.** *Fibromyalgia Patients'own Experiences Of Video Self-Interpretation: A Phenomenological-Hemeneutic Study.* Scandinavian Journal Caring Science 2006; 17(3):257-264.
- (8) **JONES D, RAVEY J, STEEDMAN W.** *Developing a measure of beliefs and attitudes about chronic non-malignant pain: a pilot study of occupational therapy.* Occupational Therapy International, 2000; 7(4):232-245.
- (9) **MULLERSDORF M.** *Needs and problems related to occupational therapy as perceived by adult swedes with long-term pain.* Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2002; 9:79-90.
- (10) **SOARES J, GROSSI G. A** *Randomized, controlled comparison of educational and behavioural interventions for women with fibromyalgia.* Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2002; 9:35-45.
- (11) **CEDRASCHI C, DESMEULES J, RAPITI E, BAUMGARTNER E, COHEN P, ALLAZ A, VISHER T.** *Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management.* Ann Rheum Dis, 2004; 63:290-296.

TERAPIA-OCUPACIONAL.COM

el portal en español de terapia ocupacional

PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN EL ANCIANO: DETECCIÓN Y MANEJO POR PROFESIONALES SANITARIOS Y CUIDADORES

José Ángel GUTIÉRREZ SEVILLA. Diplomado en Enfermería. Especialista en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Experto en Urgencias, Emergencias y Catástrofes.

Rocío MADERNA DALLASTA. Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería de la Salud Mental y Psiquiatría.

● RESUMEN

Desde el punto de vista de la psiquiatría y salud mental, los ancianos son grupo de riesgo de determinadas patologías mentales, como trastornos depresivos, ansiedad, trastornos delirantes...la presencia de estas patologías indica un empeoramiento en el estado de salud del paciente mayor, y suponen una barrera para la actuación de los profesionales sanitarios. La difusión de las características de las alteraciones mentales en el anciano y las estrategias de manejo se consideran de gran utilidad para los profesionales sanitarios que desarrollan su labor con ancianos. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es presentar de forma resumida las alteraciones mentales más frecuentes en población geriátrica y consejos útiles para facilitar el trabajo del profesional.

● PALABRAS CLAVES

Psicogeriatría, salud mental, comunicación terapéutica.

● INTRODUCCIÓN

Los ancianos conforman un grupo vulnerable a la aparición de trastornos mentales por la confluencia de diferentes factores: deterioro fisiológico y funcional del cerebro, cambios en los órganos de los sentidos, alteraciones de la personalidad y cambios psicosociales con alteraciones del rol y status.

Además, se debe tener en cuenta la vulnerabilidad del anciano para el padecimiento de enfermedades físicas. En estos procesos agudos pueden desarrollar sintomatología psiquiátrica, con un origen físico, en mayor medida que jóvenes y adultos.

El profesional que atiende a ancianos en su labor diaria, debe estar informado de las posibles alteraciones mentales que pueden presentar los ancianos, para su detección precoz y también es valioso un adiestramiento básico (pero que puede llegar a ser muy efectivo) para el manejo de alteraciones mentales que entorpecen la atención de los ancianos (depresión, alucinaciones, delirios...).

El conocimiento de las manifestaciones psiquiátricas de diferentes patologías y su manejo relacional

● ABSTRACT

The elderly people are a very high risk group of mental disorders like depression, anxiety or delusions. When the mental disorder appears, the elderly's healths deteriorates and there is a barrier against the health-care. Teaching characteristics of mental disorders in the elderly and the attitudes about the relationship between the elderly and health-care providers, are points very useful to the health providers. The objective of this article is teach de mental disorders in ederly and useful advices to make health-care work easy.

● KEY WORDS

Psychogeratry, mental-health, therapeutic relationship.

deben ser objeto de difusión a todo tipo de profesionales sanitarios, aunque no desarrollen su labor en el ámbito de los servicios de salud mental. Estos conocimientos y habilidades permitirán a profesionales que trabajan permanentemente con grupos de riesgo (en este caso ancianos) una detección rápida de las complicaciones y agudizaciones, y mejorarán la calidad de su labor puesto que no se verán interferidos por un estado psicológico morboso.

Como este trabajo se dirige a un colectivo de terapeutas ocupacionales, se considera que la inclusión de las demencias en el mismo sería redundante por lo que se obviará en el desarrollo del mismo.





● **OBJETIVOS**

Los objetivos del presente artículo son: informar de las principales entidades patológicas psiquiátricas que pueden aparecer en ancianos, para la detección precoz por parte del profesional, y difundir unas estrategias sencillas de manejo que minimizan el impacto negativo sobre los planes terapéuticos y sobre la relación con otras personas en general.

● **DELIRIUM**

Según el DSM IV, se considera al delirium como la "Alteración de la conciencia y cambio en las cogniciones que se desarrolla a lo largo de un breve periodo de tiempo."

El delirium es una alteración mental global, un síndrome psiquiátrico, en el que el principal peligro radica en desconsiderar que está producido por un problema orgánico y que tiene potencial letal para el paciente.

En mayores de 65 años hospitalizados su prevalencia es del 10-15%, y aumenta cuanto mayor es la gravedad física del paciente (UVI, 30%). Al menos un 10% de los pacientes que ingresan de urgencia en un hospital presentan un cuadro de delirium.

El profesional debe conocer la sintomatología clave y diferencial del delirium para su detección precoz. Esta detección es valiosísima ya que el cuadro de delirium es una reacción psiquiátrica a un cuadro orgánico, lo que implica que sólo el tratamiento de la causa orgánica puede solucionar el cuadro e implica que debe ser derivado a un servicio de atención sanitaria hospitalaria lo antes posible.

Clínica

Las características fundamentales son:

- Comienzo brusco (horas a días, es frecuente que aparezca de noche).

- Duración breve (días a semanas, lo más frecuente es que dure menos de una semana).
- Curso fluctuante (peor por la noche con intervalos lúcidos durante el día) (cuadro 2 síntomas diferenciales del delirium y demencia).

Con frecuencia es reversible, aunque su pronóstico está condicionado por la severidad del cuadro clínico subyacente.

CUADRO 2. DIFERENCIAS DELIRIUM-DEMENCIA		
	DELIRIUM	DEMENCIA
Antecedentes	Enfermedad aguda	Enfermedad crónica
Comienzo	Súbito, a menudo de noche	Insidioso
Duración	Breve, horas a semanas	Meses a años
Nivel de conciencia	Disminuido	Normal
Atención	Alterada y fluctuante	No disminuida
Orientación	Alterada especialmente en el tiempo	Puede ser normal
Pensamiento	Lento o acelerado. Como onírico	Empobrecimiento o en operaciones abstractas
Alucinaciones	Visuales y auditivas	Ausentes
Actitud psicomotriz	Variable	Normal
Ciclo sueño-vigilia	Alterado, somnolencia diurna e insomnio de noches	Sueño fragmentado
Afecto	Ansioso e irritable	No ansioso. Lábil
Evolución	Fluctuante	Crónica y progresiva

CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA

BEAUDRY BELLEFEUILLE

Marqués de Santa Cruz, 7 - 1º E • OVIEDO
Teléfono: 609 75 09 62



El Síndrome Confusional Agudo (SCA), no debuta bruscamente, sino que suele estar antecedido por un estadio asténico apático de una duración variable. Este estadio tiene las siguientes manifestaciones: fatigabilidad, irritabilidad, fluctuaciones de atención, concentración y memoria, sensibilidad a luz y sonido e insomnio.

Otras características clínicas son:

- **Alteración del nivel de conciencia:** Es el síntoma más frecuente y nos puede ayudar a diferenciarlo de otros trastornos psiquiátricos. Su grado se relaciona con la severidad del cuadro, variando de la somnolencia a la letargia. El paciente puede estar somnoliento durante el día y por la noche hallarse inquieto y agitado. Presenta dificultad para centrar mantener o dirigir la atención. Con tendencia a distraerse fácilmente. (ver cuadro 1).
- **Desorientación:** Primero en tiempo y posteriormente en espacio, es muy raro que se afecte la orientación autopsíquica. Pierde la capacidad para apreciar la duración de los intervalos de tiempo. Fluctúa con el nivel de conciencia.
- **Alteraciones en la percepción:** Alucinaciones fundamentalmente visuales, aunque también pueden ser auditivas y táctiles, muy vívidas y con frecuencia amenazadoras; Ilusiones; ideación delirante vagamente estructurada, generalmente de tipo persecutorio; falsos reconocimientos con tendencia a hacer más familiar aquello que le rodea (confunde al personal del hospital con familiares o vecinos, cree que está en su casa...)
- **Alteraciones en el pensamiento:** Puede estar desorganizado. Con dificultades para el pensamiento abstracto resolviendo mejor los problemas concretos. Pueden aparecer delirios que se caracterizan por importantes desestructuraciones de nivel de conciencia y de arousal, por la etiología orgánica (patología cerebral, alteraciones metabólicas, patología médica general, consumo de fármacos) El paciente está totalmente implicado en la experiencia delirante, abarca todo el campo de la conciencia del sujeto. Raramente los contenidos de las ideas delirantes coinciden con los de otras patologías, éstos son

CUADRO 1. ESTADOS DE VARIACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

- Hipervigilia. Estado subjetivo de aumento de conciencia, que es irreal, normalmente inducido por drogas o típico de cuadros maníacos.
- Letargia. Somnolencia.
- Obnubilación. Disminución grave del SNC. El sujeto reacciona de forma vaga e inespecífica a los estímulos potentes.
- Estupor. Inmovilidad. Aparecen ante estímulos potentes respuestas alteradas (descerebración o decorticación).
- Coma. Muerte cerebral.

muy vivos, muy realistas y conlleva una gran facilidad de pasar a la acción la temática delirante. El tratamiento incide en la causa desencadenante. Tras el tratamiento la remisión del cuadro delirante es total, sin secuelas.

- **Alteraciones en la memoria:** Se observan alteraciones tanto en la memoria inmediata como en la reciente, la memoria remota está más conservada. Se debe a la imposibilidad de fijar los datos que ocurren en ese momento. Después de solucionar el SCA el paciente, por esta misma razón, no se acordará de nada.
- **Alteraciones emocionales:** Ansiedad, irritabilidad, apatía, labilidad emocional. Puede presentar conductas inadecuadas y euforia.
- **Alteraciones psicomotrices:** Enlentecimiento psicomotor, inquietud psicomotriz que llega a la agitación (más en los cuadros de abstinencia o intoxicación), puede oscilar de uno a otro estado.



Contenciones mecánicas en paciente encamado. (Cortesía de J. A. Gutiérrez Sevilla)

Recomendaciones de manejo

Infrecuentemente un cuadro de delirium puede aparecer sin necesitar atención hospitalaria, y no sólo por el dramatismo o intensidad de sus síntomas, sino por la gravedad de la causa subyacente. Por ello los consejos de manejo se aplican en momentos de gravedad, no sólo física, sino también cuando el paciente puede ser peligroso para sí mismo o para los que lo rodean, por la hiperactividad, desorientación y negligencia en general. Por ello se recomienda relacionarse con el paciente de la siguiente manera:

- Comunicarse con el paciente de forma sencilla:
 - Frases sencillas y claras.
 - Dar instrucciones precisas.
 - Repetir los conceptos lo que sea necesario.
- No apoyar las afirmaciones sobre estímulos extraños.
- Orientar en todo momento al paciente, aunque parezca que no hace caso, recuerde que la atención es fluctuante. En el peor de los casos ayudará a que la desorientación no aumente de forma muy brusca.
- Eliminar el exceso de estímulos, pero no incurrir en el error de colocarlo en habitaciones poco iluminadas, con sombras, etc... ya que aumenta la sensación de desorientación.
- Eliminar las situaciones u objetos que puedan resultar peligrosos (planchas, instrumentos cortantes, agua excesivamente caliente...).

- Identificar al paciente adecuadamente (medalla, pulsera) en previsión a las posibles pérdidas por desorientación.

● **TRASTORNOS AFECTIVOS**

Depresión en ancianos

Depresión es un estado de hipertonía dolorosa en la que el sujeto experimenta una tristeza profunda con afectación en su funcionalidad, relaciones, valores y equilibrio fisiológico. También se puede definir como un sentimiento patológico de tristeza.

El mayor problema de la depresión en los ancianos es la dificultad ante la que se encuentran los profesionales para su detección y clasificación, ya que por un lado hay que diferenciar la depresión del envejecimiento normal (recuerden que no todos las manifestaciones de tristeza de los ancianos son normales). Por otro lado es el binomio depresión-demenia, en el que muchas demencias inician su curso con el desarrollo de una depresión, y algunas depresiones generan cuadros similares a la demencia. La depresión además supone en los ancianos un riesgo añadido de sufrir cuadros de deshidratación, desnutrición... y también un riesgo más elevado de muerte por suicidio.

La frecuencia de los trastornos afectivos en ancianos es alta. La depresión es más frecuente con el aumento de la edad, en cambio otros trastornos mentales tienden a disminuir con la edad.

Se calcula que entre el 10 y el 45% de los mayores de 65 años presentarán en algún momento algún síntoma depresivo (ver cuadro 3: factores que favorecen la depresión en ancianos). Del total de los pacientes maníacos entre el 5 y el 10% son mayores de 65 años. Entre el 3 y el 5% de los ancianos sufren de depresión mayor. Estas cifras aumentan con los ancianos institucionalizados. Por sexos es más frecuente en mujeres que en hombres (2-3/1).

CUADRO 3. FACTORES DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

- Envejecimiento cerebral.
- Acontecimientos vitales desencadenantes.
- Agresividad frustrada no expresada.
- Disminución de soporte social.
- Tratamientos somáticos que favorecen la depresión

Sintomatología de la depresión

- **Emocionales:** Abatimiento y tristeza, disminución de la satisfacción de la vida, pérdida de interés, llanto, irritabilidad, sensación de vacío, miedo y ansiedad, sentimientos negativos para sí mismo, preocupaciones, desesperanza, sensación de fracaso, soledad, inutilidad.
- **Cognitivos:** Pesimismo, críticas, rumiación de problemas, pensamientos suicidas, ideas delirantes,

alucinaciones, dudas sobre los valores y creencias, dificultad de concentración, mala memoria.

- **Físicos:** Anorexia, astenia, trastornos del sueño, estreñimiento, pérdida de la libido, dolor, inquietud. Volitivos: Pérdida de la motivación.
- **Aspecto:** Postura inmóvil, expresión triste, falta de cooperación, retraimiento social, confusión y obnubilación de la conciencia, aspecto desaliñado, pérdida de peso, impactación fecal.
- **Psicomotor:** Bradilalia, movimientos lentos, gestulación minimizada, marcha lenta y torpe, mutismo, sueño inquieto.
- **Comportamientos inadecuados:** Conductas suicidas, negativismo, brotes de agresividad.

Estrategias de manejo

El paciente deprimido generalmente teme la comunicación abierta y la intimidad. Parte del trabajo del profesional sanitario es fomentar la expresión de los sentimientos, que a pesar de lo que inicialmente aparente, es necesaria y beneficiosa para la evolución del

TABLA 1. MANEJO RELACIONAL CON EL PACIENTE DEPRIMIDO

¿Cómo relacionarse con un paciente deprimido?

MANEJO INADECUADO	MANEJO ADECUADO
<ul style="list-style-type: none"> ● Dar consejos bienintencionados o de sentido común: "Anímese." "No sea negativo." "Ha de pensar positivo." "Hay gente que está peor." ● Intimidarse o desanimarse por el estado de ánimo del paciente. ● Rechazar la comunicación, el paciente pensará que no es lo suficientemente importante como para que el profesional lo escuche y que la expresión de sus sentimientos no vale para nada. ● Considerar el problema sólo como un ánimo bajo, y no como una enfermedad (sobre todo los cuadros endógenos). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dar al paciente mensajes autoafirmativos, que impliquen que se aceptan sus sentimientos. "Está pasando por momentos difíciles." "Me gusta la honestidad que muestra al reconocer sus sentimientos." "No está solo. Muchos pacientes que tratado han pasado por su misma situación, y han podido salir de ella." ● Escucha activa, con comprensión y sin juzgar. Es una recompensa ser incondicional con el paciente. ● Entender que aunque el paciente sepa la causa de su depresión puede no tener fuerzas para superarla. ● Usar el tocamiento para transmitir afecto (tocar el hombro cuando llora...).

AVISO: puede que incluso con un manejo adecuado el paciente no sienta beneficio inicialmente, esto no ha de desanimar al profesional, aunque parezca que sus consejos no son escuchados. Se aconseja cohesión a una línea de manejo y paciencia.

estado de ánimo deprimido. Si el paciente puede expresar su abatimiento, desesperanza, apatía... se rompe un círculo en el que el estado de ánimo se agrava por unos pensamientos negativos que constantemente aparecen

Habitualmente se cometen unos errores de relación con los pacientes que experimentan un ánimo bajo o deprimido. Estos errores en el trato con el paciente deprimido producen una imagen del profesional poco comprensivo, y aceleran la destrucción de la alianza terapéutica, y el empeoramiento del paciente, dejando todo beneficio terapéutico al efecto de la farmacoterapia. El profesional debe saber qué errores no cometer, y las formas de relación más adecuadas (tabla 1).

Depresión y suicidio

La depresión y el suicidio están íntimamente relacionados en todas las etapas de la vida, pero en los ancianos este aspecto tiene una importancia especial, ya que el número de muertes por suicidio (y por lo tanto el riesgo) aumenta con la edad (Figura 1), hay que considerar que son más impulsivos, más impredecibles y realizan menos tentativas. (Figura 2).

FIGURA 1. TASAS DE SUICIDIO POR EDAD EN ESPAÑA EN 1999 (fuente INE)

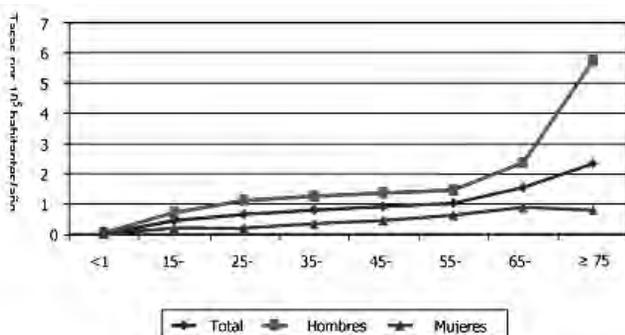
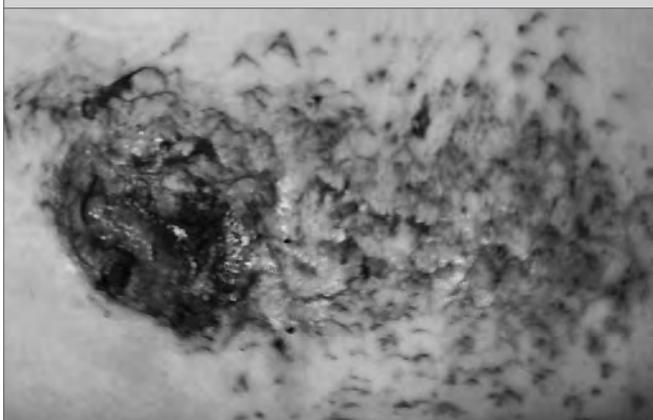


FIGURA 2. Herida de arma blanca (tijeras) en abdomen de paciente geriátrico realizada en un intento de suicidio. Se aprecian la gran cantidad de heridas realizadas en el mismo intento, como ejemplo de determinación suicida en ancianos (foto José Ángel Gutiérrez Sevilla)



En caso de tener que trabajar con un paciente con riesgo de suicidio (cuadro 4), se deben considerar una serie de premisas de seguridad, que si bien no eliminan la pulsión de los pensamientos del paciente, sí que pueden minimizar las consecuencias de la tentativa suicida. Las premisas de actuación son las siguientes:

- Restringir acceso a objetos cortantes y punzantes, como cubiertos, cuchillos de cocina, tijeras...
- Restringir el acceso a venenos potenciales: productos de limpieza, disolventes, pintura...
- Guardar la medicación bajo llave y asegurarse que la toma cuando se administra.
- Cuidar el acceso a lugares de riesgo como ventanas elevadas, terrazas, balcones...

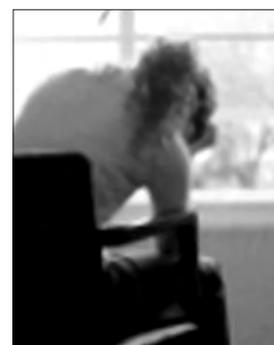
CUADRO 4. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

Se debe prestar especial atención si:

- Mayor de 75 años.
- Varón
- Renta más baja.
- Aislamiento social.
- Viudo o divorciado.
- Enfermedad física concomitante.
- Enfermedad mental concomitante.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Mantiene conducta impulsiva.

Cuadros maníacos

Dentro de los trastornos afectivos pueden darse cuadros maníacos caracterizados por un aumento de la activación y energía del sujeto llegando a niveles peligrosos por negligencia y agresividad. Aproximadamente una cuarta parte de los cuadros maníacos en ancianos se dan en pacientes que no tienen historia de trastorno mental bipolar. Los brotes maníacos pueden ser difíciles de clasificar, ya que la sintomatología puede estar amortiguada por las dificultades físicas del paciente. Aún así, son síndromes de alta peligrosidad por accidentes y agresividad.



Signos y síntomas de manía

- **Afectivos.** Euforia, extroversión, buen humor, autoestima exagerada, intolerancia a las críticas y ausencia de vergüenza o sentimientos de culpa.

- **Fisiológicas.** Deshidratación, nutrición inadecuada, necesidad de poco sueño, pérdida de peso.
- **Cognitivas.** Distracción, desconexión de ideas, delirios de grandeza, ilusiones, falta de juicio, asociaciones incoherentes de ideas.
- **Conductas.** Agresión, gastos de dinero, alardes de grandiosidad, hiperactividad, irresponsabilidad, irritabilidad, mala higiene personal, actividad social intensa, locuacidad excesiva.

Manejo relacional con un paciente maníaco

- Responder de forma sencilla y sincera.
- Cuidado con la manipulación que van a intentar realizar. Para ello se recomienda una comunicación constante con el resto de profesionales del equipo, y la coherencia en la actuación.
- Marcar unos límites bien definidos a la conducta negativa.
- Reforzar el autocontrol del paciente y los aspectos positivos de su conducta.
- Ante las exigencias irreales hay que satisfacerlas parcialmente (si se puede).
- Evitar las confrontaciones. Si el paciente pide algo que no se puede conseguir o proporcionar, contestarle con lo que sí se puede hacer.
- Hacer que se centre en los aspectos positivos.
- Si se prevé que una conversación puede acabar de forma problemática utilizar la distractibilidad del paciente para salir del apuro.
- Evitar las discusiones largas con el paciente.

Recuerde que son cuadros que precisan de internamiento hospitalario para ser protegidos en un ambiente seguro y de alta contención. Si detecta un cuadro de este tipo no considere bajo ninguna circunstancia el manejo en el domicilio o centros sanitarios no psiquiátricos.

● TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un sentimiento vago y difuso de aprensión e incomodidad. Es una reacción fisiológica del ser humano para prepararse ante un peligro inmi-

nente. Al ser una reacción normal del ser humano, los trastornos de ansiedad (aparición de ansiedad inadecuada por falta de estímulo, cantidad o duración) son muy frecuentes en población general y aún más en ancianos. La ansiedad acompaña a muchos cuadros clínicos médicos y psiquiátricos.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos en población anciana no son concluyentes, ya que algunos autores consideran la ansiedad como un componente normal del envejecimiento. En general se admite que los mayores de 65 años tienen en un 20% niveles patológicos de ansiedad. Los ataques de pánico, las fobias y los trastornos de ansiedad generalizada, las cifras son similares o menores que en adultos y jóvenes. En cambio los trastornos adaptativos, los trastornos obsesivos compulsivos y los trastornos de ansiedad secundarios a enfermedades físicas o tratamientos, son más frecuentes que en el grupo de adultos jóvenes. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres (prevalencia de 2 a 6 veces superior según estudios).

Una amplia gama de enfermedades médicas pueden producir síntomas similares a los de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo:

- **Enfermedades neurológicas:** Epilepsia, neoplasias, traumatismos craneoencefálicos, Huntington, migrañas, esclerosis múltiple.
- **Patologías sistémicas:** Hipoxia por enfermedad cardiovascular, arritmias o anemia.
- **Alteraciones endocrinas:** Como disfunción tiroidea, paratiroides, suprarrenal, feocromocitoma.
- **Trastornos inflamatorios:** Lupus eritematoso, artritis reumatoide.
- **Estados deficitarios:** Como de vitamina B12.
- **Patologías tóxicas:** Alcohol, anfetaminas, cafeína, penicilina, fósforo, benceno.
- **Patologías diversas:** Hipoglucemia, neoplasias malignas sistémicas, síndrome premenstrual, enfermedades febriles e infecciosas crónicas.



- ho Meo pATÍA
- r ehABil iTACió n
- dr enAJe I nf áTiCo MAnuAl
- quir oMASAJe
- MASAJe inf AnTil

TRATAMIENTOS PROFESIONALES DESDE 1999

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

Clínica general de la ansiedad

- **Cardiovasculares:** Palpitaciones, taquicardia, aumento de la tensión arterial, sensación de desmayo, desmayo, descenso de la tensión arterial, bradicardia (estas tres últimas en ansiedad extrema puede aparecer una descarga parasimpática).
- **Respiratorios:** Taquipnea, bradipnea, presión en el pecho, respiración poco profunda, sensación de obstrucción en la garganta, sensación de ahogo, jadeo.
- **Gastrointestinales:** Pérdida del apetito, repulsión a los alimentos, malestar abdominal, dolor abdominal, náuseas, acidez, diarrea.
- **Neuromusculares:** Aumento de los reflejos, reacción de sorpresa, temblores, insomnio, rigidez, inquietud, expresión de cansancio, debilidad general, piernas temblorosas, movimientos torpes.
- **Tracto urinario:** Urgencia, micciones frecuentes.
- **Piel:** Rostro sofocado, transpiración localizada, picor, escalofríos, palidez facial, transpiración generalizada.
- **Conductuales:** Inquietud, tensión física, reacción de sorpresa, habla rápida, mala coordinación, propensión a los accidentes, inhibición, aislamiento, reacción de huida.
- **Cognoscitivos:** Atención alterada, despiste, errores de juicio, preocupación, bloqueo de los pensamientos, reducción del campo de percepción, disminución de la creatividad, descenso de la productividad, confusión, hipervigilancia, conciencia de sí mismo, pérdida de la objetividad, miedo a perder el control, imágenes visuales terroríficas, miedo a morir o a resultar lesionado.
- **Afectivas:** Malestar, inquietud, miedo, alarma, terror.

Trastornos de ansiedad

- **Trastorno fóbico.** Una fobia es un miedo persistente, irracional, ligado a un objeto o situación que, objetivamente no supone un peligro significativo. La persona tiende a evitar el objeto o situación, aunque reconoce que el miedo es excesivo y desproporcionado al objeto o situación.
- **Agorafobia.** Es un miedo intenso a estar solo en un lugar público del que sería difícil escapar o donde no podría disponer de ayuda en caso de quedarse repentinamente incapacitado.
- **Fobia social.** Miedo irracional y persistente a las situaciones en las que la persona puede verse sometida al escrutinio de los demás y un deseo irresistible de evitarlas..
- **Crisis de angustia.** Las crisis de angustia se caracterizan por el inicio súbito de aprensión tensa o terror y se asocian con sentimientos de muerte.
- **Trastorno de angustia.** Crisis de angustia recurrentes que sobrevienen de forma inesperada. Para diagnosticar un trastorno de angustia, el paciente tiene que haber sufrido como mínimo 3 crisis en un periodo de 3 semanas.
- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Ansiedad crónica cotidiana. Resulta molesta, hasta el punto de interferir con las tareas habituales del sujeto.

- **Trastorno obsesivo compulsivo.** El sujeto experimenta obsesiones recurrentes o compulsiones. Obsesión: ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, intrusos y persistentes. Las compulsiones son rituales que la persona se siente obligada a realizar por una regla especial o de forma rutinaria.
- **Trastorno de estrés postraumático.** Desarrollo de síntomas característicos tras la exposición a un agente estresante grave o extraordinario.
- **Trastorno adaptativo.** Trastorno de estrés que surge después de un periodo de crisis (muerte del cónyuge, pérdida de empleo...) que el sujeto ha resuelto de forma desfavorable e inadaptativa.

Consejos de manejo relacional

La relación con el paciente que presenta ansiedad ha de estar marcada por una serie de directrices para fundamentar la labor del profesional que trabaja con el anciano ansioso.

- Tolerar las tensiones del paciente y no permitir que nos la contagie. Tanto profesional como cliente han de tener un lugar para permitirse el aislamiento y la relajación.
- No intentar tranquilizar con explicaciones vanas y tontas, ni con la búsqueda de causas superficiales. Si el paciente supiera muchas veces de dónde viene su ansiedad ya habría verbalizado alguna petición de ayuda. Al menos que el paciente sepa que estaremos ahí para él en cualquier momento.
- Al relacionarse hablar despacio, ser conciso y concreto.
- Con las conductas que generan la ansiedad no hay que ensañarse. No enfadarse respondiendo a su ansiedad con hostilidad encubierta.

CUADRO 5. CAMBIOS EN LA DINÁMICA DEL SUEÑO EN ANCIANOS

Sueño y envejecimiento	
<p>Cambios subjetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Más tiempo en la cama. ● Interrupciones y despertares por la noche más frecuentes. ● Disminución del tiempo total de sueño nocturno. ● Mayor insatisfacción con el sueño. ● Cansancio y somnolencia durante el día. ● Necesidad de sestar durante el día. 	<p>Cambios objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reducción de los periodos de REM. ● Aumento de latencia de REM. ● Aumento de las fases 1 y 2. ● Disminución de la fase delta. ● Menos horas de sueño nocturno y más diurno.

- Con las quejas excesivas no hay que ponerse a la defensiva. Se intentará que el paciente hable de sí mismo, las quejas se ampliarán a un contexto más amplio y globalizador.

Uno de los problemas de la ansiedad es que genera incomodidad en el paciente y por lo tanto un aumento de las demandas del mismo. El profesional, aunque se sienta irritado, debe pensar que cuando un paciente realiza demandas continuas no lo hace con el fin de molestar al profesional, sino porque está incómodo o angustiado y aún no sabe cómo aliviar su malestar.

● INSOMNIO EN EL ANCIANO

El sueño es un estado de actividad cerebral necesaria que se presenta en alternancia con el estado de vigilia, conformando un ciclo de 24 horas, denominado ritmo nictemeral, muy influido por la luz-oscuridad. El sueño es imprescindible para la recuperación de la fatiga psíquica, más que de la física. Los trastornos del sueño en ancianos son frecuentes, alterando mucho la vida de ellos y de sus familias (cuadro 5). Con la demencia, la inmovilidad restringida y la incontinencia son causas poderosas de institucionalización de estos pacientes.

En los ancianos pueden aparecer mioclonías nocturnas (contracciones musculares sobre todo en piernas que dificultan el sueño) síndrome de piernas inquietas (sensaciones desagradables en piernas como hormigueo) y apnea del sueño (dificultades respiratorias anatómicas durante el sueño producen apnea dificultando el descanso por anoxia tisular y especialmente cerebral). Aunque el trastorno al que el profesional debe enfrentarse con más frecuencia es el insomnio.

El insomnio viene definido por una serie de quejas de dificultad para conciliar el sueño, de sueño interrumpido de forma involuntaria y espontánea, de despertar precoz o de sueño no reparador. Se denomina predormicial si tarda en dormirse más de 30 minutos, de dificultad o mantenimiento, si presenta despertares nocturnos con frecuencia, y matutino o despertar precoz, en caso de sufrir un despertar temprano en el que no vuelve a conciliar el sueño.

Según la evolución en el tiempo se puede clasificar como de corta duración (inferior a 3 semanas) y de larga duración (superior a 3 semanas).

Causas de insomnio

- **Físicas:** Dolor, fiebre, prurito, neoplasias, infecciones, enfermedades vasculares, cardíacas, respiratorias, urinarias, endocrinas o neurológicas.
- **Psicológicas:** Estrés, enfermedad grave, cambios vitales importantes.
- **Psiquiátricas:** Depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis, ataques de pánico, demencia, delirium.

- **Fármacos:** Alcohol, estimulantes, simpaticomiméticos, vasodilatadores, antineoplásicos, propranolol, teofilina...
- **Ambientales:** Calor o frío del dormitorio, ruidos, hábitos negativos.

Medidas higiénico dietéticas del insomnio

En primer lugar hay que explicar a los familiares que es normal que el sueño del anciano sea más ligero que el de los adultos jóvenes, y que deben y pueden dormir durante el día en periodos breves. Más o menos el sueño total del día será prácticamente igual en duración que el de un adulto. También hay que explicarles que una noche mala no es algo preocupante.

Medidas higiénicas del sueño:

- No dormir periodos prolongados durante el día (una siesta de 2-3 horas).
- Horarios regulares de acostarse y levantarse.
- No cenar demasiado.
- Habitación con temperatura y tranquilidad adecuada.
- Cama confortable.
- No utilizar la cama para leer, ver la televisión, comer...
- Si no se duerme, se levantará y realizará una actividad relajante hasta que le entre sueño.
- No ingerir muchos líquidos antes de acostarse.
- Hacer ejercicio durante el día, pero no en las horas cercanas a acostarse.

● PSEUDODEMENCIA

Se denomina pseudodemencia a un síndrome que imita o semeja a una demencia, pero que la causa subyacente es un trastorno psiquiátrico funcional. La clínica y la exploración son bastante similares y suponen un problema de diagnóstico para el clínico, ya que en algunos momentos la sintomatología puede ser compatible con un daño neuropatológico, pero éste no se puede objetivar. Por ello en el presente trabajo, y atendiendo a los objetivos del mismo, sólo se van a presentar las características diferenciales, para que el profesional que trabaja con ancianos esté atento a datos esenciales que pueden apoyar la labor diagnóstica del clínico (cuadro 6).

Los cuadros psiquiátricos que pueden ser causa de éste síndrome son:

- Depresión.
- Neurosis conversiva y síndrome de Ganser (síndrome de simulación de cuadros psiquiátricos).
- Manía e hipomanía.
- Esquizofrenia y parafrenias (esquizofrenia tardía)
- Neurosis postraumática.
- Neurosis de renta o demencia simulada.
- Síndrome de privación sensorial.
- Delirium coincidente con enfermedad física.

CUADRO 6. DATOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DEMENCIA Y PSEUDODEMENCIA

Pseudodemencia	Demencia
<ul style="list-style-type: none"> • La familia se percata de su disfunción y severidad. • El comienzo se puede fijar con precisión. • Síntomas de corta duración. • Progresión rápida de los síntomas. • Antecedentes de trastornos psiquiátricos funcionales sobre todo afectivos. • Empeoramiento nocturno raro. • Los pacientes se quejan de fallo cognitivo. • Busca ayuda. • Subraya sus fallos. • Respuesta "no se". • Se esfuerza poco por realizar las tareas que se le indican. • A menudo tiene sensación de distrés y malestar. • Pérdida de las habilidades sociales precoz y llamativa. • Variabilidad de rendimientos en tareas de similar dificultad. • La conducta puede ser incongruente con la severidad del trastorno cognitivo. • Atención y concentración a menudo conservados. • La afectación de la memoria reciente y remota parecida. • Déficit de memoria para periodos específicos. • Sin reflejo globelar ni hociqueo. • Sin apraxias ni agnosias. • TAC y EEG generalmente normales. • Historia familiar de depresión frecuente. • Rara agravación nocturna. 	<ul style="list-style-type: none"> • La familia a menudo no se percata. • Comienzo dentro de límites amplios. • Síntomas de larga duración. • Progresión lenta de los síntomas. • No. • Empeoramiento nocturno frecuente. • No. • No. • No. • Intenta responder. • Trata de realizar las tareas. • Se muestran despreocupados. • Habilidades sociales mantenidas durante cierto tiempo. • Pobre rendimiento en tareas de similar dificultad. • Conducta compatible con la severidad de la disfunción cognitiva. • Atención y concentración a menudo alterados. • Alteración de la memoria reciente más afectada. • Sin lagunas de memoria. • Reflejo globelar y de hociqueo. • Posibles apraxias y agnosias. • TAC y EEG anormales frecuentemente. • Historia familiar de depresión indiferente. • Agravación nocturna.

● **TRASTORNOS DELIRANTES**

Un delirio es una idea morbosa, falsa, irreductible por la negociación, que fundamenta la conducta del paciente ya que la considera totalmente real. Este campo, del que no hay muchos estudios publicados, es de elevada importancia. Considere por un momento las ideas de persecución, de robos, alteran la convivencia tanto para los familiares como para cuidadores, médicos y profesionales que trabajan en la atención de estos pacientes.

La idea delirante no es una entidad patológica específica de la esquizofrenia, en ancianos puede aparecer en síndromes orgánicos cerebrales, trastornos afectivos y por supuesto tienen una elevada incidencia en demencias.

En ancianos confluye la probabilidad del trastorno delirante con el aumento del rasgo de paranoidismo de la personalidad del anciano. Este rasgo de personalidad no es una enfermedad sino una forma de ser, una actitud, que se caracteriza y favorece por los siguientes elementos (cuadro 7).

CUADRO 7. FACTORES LOS SÍNTOMAS PARANOIDES EN LA VEJEZ	
<ul style="list-style-type: none"> • Privación sensorial. • Cambios a medios extraños. • Drogas diversas (corticoides por ejemplo). • Enfermedades somáticas. • Alteraciones cognitivas • Factores intrapsíquicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento. • Género (mayor incidencia en mujeres) • Funcionamiento social y ocupacional desajustado. • Estado matrimonial. • Historia psiquiátrica familiar

- Desconfianza. Suspición permanente, creencia de posibilidades agresivas y conspiradoras del prójimo.
- Rigidez. Autoritarismo. Mala tolerancia a puntos de vista contrarios y cambios en aspectos personales.
- Hipertrofia del yo. Egocentrismo con exagerada autovaloración de éxitos y aciertos.
- Juicios erróneos y pasionales.
- Justicia y fanatismo.
- Sumamente sensibles a las reacciones de los demás y acentuación de complejos de inferioridad que se enmascaran con los elementos anteriores.



Contenciones mecánicas en paciente en silla de ruedas, obsérvense las manoplas de protección. (Cortesía de J. A. Gutiérrez Sevilla)

Manejo del paciente con ideas delirantes

El trato con el enfermo delirante suele ser difícil. Es frecuente la aparición en el profesional de interrogantes y temores ante esta relación. Esta incertidumbre, unida al elevado riesgo que existe para la integridad del paciente y de los que lo rodean, suponen un aumento del estrés del profesional. Por ello, se ha de cuidar una serie de aspectos en la relación con estos pacientes, y así realizar un trabajo en el que se preserve la autoestima de ambas partes y en el que se consigan unos objetivos realistas y adecuados.

La máxima inicial que debe encauzar el trabajo es recordar que el profesional no trata al delirio, si no a la persona. Sobre esta base, las indicaciones a seguir son:

- Es fundamental conseguir una relación con el paciente, y que esta relación implique que éste confía en el profesional.
- El profesional no puede estar de acuerdo con las ideas delirantes del paciente, pero tampoco puede desafiarlas.
- Cuando se toman datos al paciente hay que evitar que parezca un interrogatorio.
- Antes de tratar el tema del delirio, es más aconsejable ofrecer ayuda para la disminución de la ansiedad, irritabilidad o sufrimiento que padecen.

Cuando se trata con un paciente con ideas delirantes, el profesional ha de convertirse en el enlace con la realidad. Por ello se ha de evitar las conductas de rechazo o falta de interés. Esto contribuye a que el profesional pase a ser más una amenaza que un agente terapéutico. Bajo este criterio incluso la forma de hablar y situarse ante el paciente ha de simbolizar una realidad fácil de asimilar.

En los pacientes orgánicos con afectación aguda, la prioridad es la de proporcionar los cuidados físicos y evitar las amenazas a la seguridad. Es fácil que el paciente presente un cuadro en el que está totalmente enajenado, pero si la causa física es reversible también lo es el cuadro psiquiátrico sintomático. Por ello los cuidados orientados a la etiología son prioritarios.

En los pacientes esquizofrénicos se tendrá en cuenta una serie de características de su afectación:

- Suelen ser pacientes con una profunda desestructuración de su yo psíquico.
- En algunos momentos toda su realidad es falsa.
- La desestructuración puede llegar a ser tan grave que puede realizar conductas que ni el propio paciente comprende.

Los criterios de manejo no son diferentes a los ya expuestos de forma general, excepto en la frecuencia de las reacciones incomprensibles por el paciente.

Estas conductas, que incluyen el llanto, la agresividad, alegría, perplejidad, embotamiento afectivo... suponen un a dificultad añadida al manejo del trastorno delirante. El paciente puede mostrarse hostil con el profesional sin quererlo, por ejemplo. En estos casos es preciso presentar al paciente las consecuencias emocionales de su acción, y ofrecer una forma alternativa y adecuada de exposición de las tensiones internas.

En un cuadro de trastorno delirante, el paciente suele presentar una personalidad paranoide que marca toda la relación con el profesional. Este trastorno implica un núcleo caracterizado por un fuerte complejo de inferioridad, que se compensa con una sobrevaloración, suspicacia y autorreferencia constantes. Por ello se han de seguir las siguientes premisas:

- Con estos pacientes un exceso de amabilidad provoca desconfianza.
- No se pueden satisfacer todas las demandas.
- No se puede alargar el tiempo entre visitas o contactos, y tampoco hacer estas entrevistas excesivamente largas. No es aconsejable prestar atención extraordinaria a menos que sea una verdadera urgencia.
- En las entrevistas los silencios los incluirá en su sistema delirante.
- No es aconsejable realizar interpretaciones de lo que dice el paciente, éstas se vivirán como una intrusión.
- Es importante cuidar los rechazos y los privilegios, éstos son los puntos básicos de la relación del paranoico con los demás.

El paciente paranoico se relacionará con el profesional de dos formas: o con un apartamiento negativo (no colabora, ignora al profesional), o con un obstruccionismo activo (no colabora, pero lo hace monopolizando la entrevista). Si esta fase inicial se supera adecuadamente, el paciente sobrevalorará al profesional, intentando convertirlo en su aliado, sobre todo utilizando la adulación. En este punto no se puede caer en el juego que inicia el paciente, ya que puede ser muy peligroso, sobre todo si el profesional es una persona con necesidad de sentirse querido.

CONCLUSIONES

Las alteraciones mentales en los ancianos son más frecuentes que en otros grupos de edad, por cambios fisiológicos, sociales, de estatus, rol... estas alteraciones mentales producen mayores dificultades de tratamiento y de manejo y empeoran el pronóstico del paciente.

La depresión y cuadros de ansiedad aumentan su incidencia en ancianos y empeoran gravemente el estado físico del paciente. Los trastornos delirantes no aumentan frecuencia pero aparecen dentro de cuadros

sindrómicos en demencias, delirium y otros trastornos mentales alterando gravemente sobre todo la relación del paciente con su entorno y el manejo habitual del mismo.

Atendiendo al delirium todos los profesionales sanitarios deben conocer sus manifestaciones pues es un síndrome psiquiátrico de origen orgánico y si no se trata la etiología del cuadro es potencialmente mortal.

Además, se deben considerar especialmente grupos de riesgo de suicidio, pues aumenta su incidencia en ancianos, y observar una serie de medidas de seguridad para evitar la comisión de graves actos autolíticos.

Por último se deben conocer una serie de actuaciones relacionales elementales de probada eficacia en el manejo de las alteraciones de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

SERNA, INMACULADA. *Psicogeriatría. Edición realizada con la colaboración de laboratorios DUPHAR.* Madrid, Jarpyo, 1996.

ALLIMIR LOSADA, G. PRATS ROSA, M. *Síndrome confusional en el anciano.* Med. Clínica. Barcelona, 2002; 119(1); 386-9

CLAVER MARTÍN, M. D. *Actuación en la evaluación y tratamiento del delirium.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1998; 33(4), 227-35.

PALACIOS CAÑA, D. *Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con síndrome confusional agudo.* Enfermería clínica. 2003. 13(2); 118-21.

VARELA DE SEIJOS SLOCKER, E. *Síndrome confusional en el anciano.* JANO, 16 enero.1 febrero 1996. vol I, 1152, 217-19.

KAPLAN, H. I. SADOCK, B. J. *Definición de signos y síntomas clínicos (semiología psiquiátrica).* En Kaplan, H. I. Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría, 8º ed. Madrid. Panamericana- Williams & Wilkins. 1998.315-28

SERRALLONGA, J. *Trastornos del pensamiento y lenguaje.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 205-17.

BULBENA, A. *Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 483-500.

CLAVER MARTÍN, M. D. *Actuación en la evaluación y tratamiento del delirium.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1998; 33(4), 227-35.

PALACIOS CAÑA, D. *Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con síndrome confusional agudo.* Enfermería clínica. 2003. 13(2); 118-21.



ALLMIR LOSADA, G. PRATS ROSA, M. *Síndrome confusional en el anciano.* Med. Clínica. Barcelona, 2002; 119(1); 386-9.

OLFSON, M. LEWIS-FERNÁNDEZ, R. WIESMAN, M. M. *Síntomas Psicóticos en un servicio de medicina general en el ámbito urbano.* American Journal of Psychiatry. 2002, AGO, 159 (8): 1412-1419

PICHOT, P. ESCURRA, J. GONZÁLEZ-PINTO A. GUTIÉRREZ FRAILE. *Psiquiatría y otras especialidades médicas.* Editado por Grupo Aula Médica. Madrid. 1999.

KAPLAN, H. I. SADOCK, B. J. *Trastornos del Estado de Ánimo.* En Kaplan, H. I. Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría, 8º ed. Madrid. Panamericana- Williams & Wilkins. 1998. 593-657.

FORNÉS VIVES, J CARBALLAL Balsa, M. C. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención.* Madrid. Panamericana. 2001.

CRESPO, J. M. *Psicopatología de la Afectividad.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 219-234.

VALLEJO, J. *Trastornos depresivos* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 501-534.

VIETA, E. *Trastornos Bipolares y Esquizoafectivos.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psi-

quiatria. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 535-564.

BOBES, JULIO; BOUSOÑO, MANUEL; GONZÁLEZ, PAZ. *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria.* 2º edición. Edición realizada por cortesía de laboratorios Pharmacia & Upjohn y Duphar.1997.

OSWALD, I., ADAM K. *Cómo dormir bien.* Plural. 1992.

BUBELNA, A. MARTÍN-SANTOS, R. *Urgencias Psiquiátricas.* En Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y psiquiatría. 5º ed. Barcelona. Masson. 2002. 849-60.

DE LA GÁNDARA MARTÍN, J. J. *Aproximación al suicidio.* En Monografías de Psiquiatría. Año VII. Número 1. enero- febrero 1995.

MAULEÓN GARCÍA, M.A. MAULEÓN GARCÍA. M. E. *Manejar la ansiedad.* Revista ROL de Enfermería. Nº 171. pp 39-44.

FORNÉS VIVES. J. *Respuesta emocional al estrés laboral.* Revista ROL de enfermería. Nº 186. febrero, 1994.

CARBELO BAQUERO, B. CASAS MARTÍNEZ, F. ROMERO LLORT, M. ROSIQUE ROBLES. A. *Relajación: habilidad con la práctica.* Enfermería científica, num 188-189. noviembre diciembre. 1997.

MAULEÓN GARCÍA, M.A. MAULEÓN GARCÍA, YÁNEZ BRAGE, I. *Ansiedad ¿cómo manejarla?.* Revista ROL de enfermería. Nº 197. Enero. 1995.



LA ACTIVIDAD FÍSICA: ¿DERECHO O PRIVILEGIO? PHYSICAL ACTIVITY: RIGHT OR PRIVILEGE?

Isabelle Beaudry BELLEFEUILLE, B.Sc., OT(C). Presidenta de la Asociación Española de Integración Sensorial (AEIS), presidenta de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (APTOPA) y directora de la Clínica de Terapia Ocupacional Pediátrica Beaudry-Bellefeuille. Correo electrónico: info@ibeaudry.com

● RESUMEN

Para la mayoría de los niños españoles el espacio de juegos se limita al patio pavimentado de su colegio y al salón de su casa. La falta de juego físico está provocando consecuencias nefastas sobre la salud de los niños. Es bien sabido que la carencia de ejercicio físico está relacionada con enfermedades como la hipertensión y la obesidad, pero en el caso de los niños dicha carencia puede también afectar a su rendimiento escolar. La falta de actividad física priva a los niños de estímulos sensoriales importantes para el desarrollo de la coordinación motora, el razonamiento abstracto, la capacidad de concentrarse y una buena autoestima.

● PALABRAS CLAVES

Actividad Motora, Niño, Integración Sensorial.

Jugar en el campo, montar en bicicleta en espacios abiertos, corretear por los prados, lanzar piedras a un río, trepar a los árboles, mancharse la ropa; todo ello sin grandes preocupaciones, mientras se descubren mil y una maravillas escondidas bajo las piedras o en los charcos... Hoy día son pocos los niños que tienen la oportunidad de disfrutar así. Los más afortunados, durante las vacaciones estivales, acuden a un pueblo o son enviados a un campamento por algún tiempo. El resto del año, aquellos que habitan en urbanizaciones exclusivas cuentan con pequeñas zonas naturalizadas para jugar, pero para la mayoría de los niños españoles el espacio de juegos se limita al patio pavimentado de su colegio y al salón o al dormitorio de su pequeño piso. Y esto último, está claro, no es lo más aconsejable para el desarrollo integral del niño.

Desde hace algunos años, las autoridades sanitarias alertan sobre el alarmante incremento de la obesidad entre los niños de Europa occidental y de América del Norte —es decir, del llamado “primer mundo”— debido tanto a los malos hábitos alimenticios como a la falta de ejercicio. En este sentido, el presidente de la Asociación Española de Pediatría, Alfonso Delgado Rubio, advertía recientemente, en un seminario sobre sedentarismo, de las consecuencias nefastas que la falta de actividad física está provocando en la salud de los niños, con graves perjuicios para los pequeños. Del mismo modo, un reciente informe de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT, siglas en

● ABSTRACT

The only play areas most Spanish children have access to is their asphalted school yard or the living room of their home. The lack of physical play is having very negative effects on children's health. It is a well known fact that lack of physical exercise is related to illnesses such as hypertension and obesity, but for children, limited physical activity can also affect academic performance. Physical activity is a source of sensory stimulation, important for the development of motor coordination, abstract reasoning, concentration abilities and good self-esteem.

● KEY WORDS

Motor Activity, Child, Sensory Integration.

inglés) destacaba la importancia de crear más infraestructuras para deportes y juegos infantiles, así como de propiciar más oportunidades para la actividad física, de manera que los niños puedan desarrollar hábitos de vida saludables y prevenir los problemas de salud asociados a la obesidad y el sedentarismo.

La vida urbana, con escasez de espacio en las viviendas y falta de parques y lugares de juego, conjugada con la vorágine publicitaria y consumista relativa a videojuegos y demás entretenimientos de carácter virtual y sedentario, provoca que el niño realice poco ejercicio, que apenas practique el juego físico y dinámico, algo que había sido consustancial a la infancia desde la misma aparición del ser humano en la Tierra.

La obsesión por una higiene excesiva, fruto de una urbanidad que impone que los niños lleven en todo momento indumentarias impolutas, y la falta de oportunidades para jugar en entornos naturales, como demasiado frecuentemente ocurre en nuestra sociedad industrializada y “avanzada”, son otros factores que están afectando negativamente al desarrollo de los niños. Brillantes investigadores adelantados a sus tiempos, como el psicólogo francés Jean Piaget y la terapeuta ocupacional estadounidense Jean Ayres, siempre insistieron en la importancia de experimentar con el entorno para el desarrollo de las habilidades de aprendizaje. Ambos coincidieron en señalar que para aprender no es suficiente observar, sino que también



es necesario hacer, es decir, tocar, sentir, pisar, oler, etc. En nuestros días, el psicólogo y pedagogo Bernabé Tierno advierte de que el exceso de celo por evitar la suciedad puede abocar a problemas psicológicos concretos, como obsesión por la higiene, dificultades en las relaciones sociales, baja autoestima o inseguridad, entre otros. Asimismo, los médicos apuntan que los niños que no están expuestos a los elementos naturales de nuestro ambiente (tierra, hierba, barro, etc.) son más susceptibles de desarrollar alergias.

En el sistema escolar no corren mucho mejores tiempos para la actividad física de los pequeños. Las tradicionales clases de Gimnasia, cuyo principal objetivo era el aprendizaje y realización de varios tipos de deporte, resultaban muy beneficiosas para todos los niños, pero especialmente para aquellos con problemas de atención e hiperactividad, puesto que así contaban al menos con una asignatura en la que podían obtener su dosis de expansión física y donde no tenían que rea-

lizar un esfuerzo extra de concentración en aprendizajes cognitivos. En cambio, el actual planteamiento de la asignatura de Educación física, con su tendencia a reducir el énfasis en la actividad física -en favor del



aprendizaje de conceptos teóricos sobre hábitos de vida, anatomía, higiene, etc.-es, en mi opinión, erróneo y está privando a los niños de una importante fuente de estímulo sensorial. La actual asignatura de Educación física también se caracteriza por actividades con reglas muy específicas y por actividades en las que hay que esperar turno. Ambas resultan muy difíciles para los niños con problemas de atención e hiperactividad. Resultan mucho más aconsejables las clases de Educación física básicamente lúdicas, con actividades sencillas donde todos

participan a la vez, ya que son ideales para integrar a todos los niños y desarrollar en ellos una motivación interna para la actividad física y el deporte. Hacer deporte es la mejor manera de aprender que la actividad física es una parte importante de la vida. Y de ese

FORSALUS
Formación Sanitaria

**Cursos Específicos para
Terapeutas
Ocupacionales!!**

FORSALUS
Formación Sanitaria

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



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



modo ya no es necesario explicarles de modo teórico a los niños la importancia de practicar deporte; sencillamente lo hacen, y así lo incorporan a sus vidas, al igual que actividades como comer, dormir o estudiar.

Además, se da con la Educación física una curiosa circunstancia, cual es que en muchas ocasiones a los alumnos se les castiga privándoles de esta asignatura, algo impensable con otras como Lengua o Matemáticas. Todavía existen profesores que creen que la asignatura de Educación física es un premio en vez de lo que realmente es, una asignatura tan importante o más que otras. El niño que en clase de Educación física es castigado sin hacer ejercicio, o que se siente ridiculizado por su torpeza o falta de habilidad para seguir reglas complejas, no sentirá motivación para la práctica del deporte. En ambos casos se le estará privando de una actividad fundamental y fuente de estímulos sensoriales necesarios para el desarrollo de la coordinación motora, el razonamiento abstracto, la capacidad de concentrarse y una buena autoestima. Es primordial que el profesor de Educación física sea un experto en dinámicas de grupo para asegurarse de que todos los niños participen y se sienten incluidos aunque exista una gran diferencia entre las habilidades cognitivas y físicas de unos y otros alumnos.



Como ya es bien sabido, la falta de ejercicio físico está relacionada con enfermedades como la hipertensión y la obesidad pero, en el caso de los niños, la falta de actividad física puede también afectar muy seriamente a su rendimiento escolar. Por ejemplo, antes de aprender a manejar cognitivamente conceptos espaciales –como sucede en Matemáticas– es imprescindible experimentar físicamente con el entorno y poseer un conocimiento sensorial del espacio. Las experiencias físicas con el entorno constituyen también una importante fuente de estímulos sensoriales que son fundamentales para ayudarnos a mantener un estado de alerta adecuado para el aprendizaje y la interacción. Todos hemos experimentado el bienestar que nos invade después de un activo día en el monte o en la playa, por ejemplo. Igual que también habremos experimentado, en el polo

opuesto, el cansancio físico y mental producido por largas horas de inactividad forzada como consecuencia de un largo viaje en avión o de una interminable reunión, por ejemplo. Si a todos nos resulta ya tan familiar como lógica la imagen de ejecutivos y políticos realizando un poco de ejercicio en la mañana para afrontar con la adecuada concentración su jornada de trabajo, no debería parecernos nada extraño que los niños necesiten su dosis diaria de expansión física, máxime cuando éstos están sometidos a jornadas académicas

CENTRO DE FORMACION Y TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

CURSOS PARA TERAPEUTAS OCUPACIONALES

POSTGRADOS:

- TERAPIA Y REEDUCACION DE MANO. I Edición (255 horas)
- PSICOMETRICIDAD, EDUCACION Y TERAPIA. III Edición (96 horas)
- TERAPIA Y REEDUCACION DE MANO. I Edición (255 horas)

MONOGRAFICOS:

- TERAPIA OCUPACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS (12 horas)
- TERAPIA OCUPACIONAL EN NIÑOS CON DISFUNCIONES DE DESARROLLO (12 horas)
- SUJECCIONES MECANICAS Y TRANSPERENCIA EN TERAPIA OCUPACIONAL (10 horas)

TODOS NUESTROS CURSOS ESTAN ACREDITADOS. CONSULTA LOS PROGRAMAS, FECHAS Y PRECIOS EN:

• www.gylford.com



que, entre horas lectivas y deberes para casa, superan la jornada laboral de muchos adultos.

Por todo ello, porque hoy día los niños cada vez tienen menos acceso a espacios naturales donde jugar y experimentar el entorno, porque su tiempo de ocio lo emplean en gran medida en actividades sedentarias que aportan poco al desarrollo infantil y porque, en definitiva, cada vez tienen menos oportunidades de realizar actividad física, es primordial que toda la sociedad sea consciente de los efectos negativos de esta tendencia imperante en nuestra infancia. Una vida equilibrada en la cual se tengan en cuenta no solamente las actividades académicas sino también otras como las lúdico-deportivas, además de aspectos tan trascendentes como una alimentación sana, será beneficiosa para la salud mental y física y favorecerá el desarrollo cognitivo. El aforismo latino *Mens sana in corpore sano* sigue tan vigente hoy como hace dos milenios. Todos debemos ser conscientes de la importancia que

la actividad física tiene para todo el mundo, pero de modo principal para los niños. Conviene que no olvidemos que el ejercicio físico, los juegos al aire libre y la actividad deportiva, por su trascendencia, no deben ser un privilegio de unos pocos niños, sino un derecho de todos.

BIBLIOGRAFÍA

AYRES A.J. *Sensory Integration and the Child*. Los Ángeles: Western Psychological Services; 1979.

KLUMP, L. *Please don't take away my gym time!*. Recuperado del World Wide Web el 29 de noviembre 2004 en http://www.otworks.com/otworks_page.asp?pageid=814

MATEY, P. *La obsesión actual por la higiene limita el aprendizaje infantil*. Recuperado del World Wide Web el 19 de marzo 2005 en <http://www.elmundo.es/salud/2005/610/1111186814.html>



NOTICIAS DE LA ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

El día 23 de Mayo de 2.006 según lo aprobado en la Asamblea Extraordinaria de la APTOPA de 14 de Diciembre de 2.005 se ha procedido a presentar la solicitud ante la Consejería de Economía y Administración Pública del P.A. para la creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias.

El Colegio velará por la calidad de servicios prestados por sus colegiados en cumplimiento estricto de las normas deontológicas de la profesión y las demandadas por la sociedad, colaborando con todo el sector de la sanidad y con la propia Administración Pública del Principado de Asturias en el ejercicio de sus funciones.

Fines del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales:

- Ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de sus colegiados, ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial, cumplir las leyes generales y especiales, los Estatutos profesionales, los reglamentos de régimen interno y las normas y decisiones adoptadas por los órganos colegiales en materia de su competencia. Mantener la disciplina social y profesional de los colegiados sobre los principios de unidad y de cooperación indispensables, salvaguardando y haciendo observar los principios deontológicos y ético-sociales de la profesión, de su dignidad y de su prestigio. Con esta finalidad podrá elaborar los códigos correspondientes de cumplimiento obligatorio.
- Evitar la Competencia Desleal entre los compañeros, crear un órgano que dirima cualquier controversia como árbitro con el objeto de conciliar los problemas que se susciten entre sus miembros por causas profesionales. Establecer un baremo o normativa de honorarios, que tendrán un carácter meramente orientativo. Marcando unos mínimos, que el terapeuta ocupacional deberá respetar con el fin de evitar la competencia desleal.
- Evitar el intrusismo profesional, adoptando las medidas que delimiten consecuentemente la identidad de nuestra profesión de terapeutas ocupacionales dentro de la sanidad, colaborando con los organismos correspondientes para establecer las condiciones de ejercicio profesional en las diversas modalidades y especialidades.
- Ostentar en su ámbito la representación y defensa de la profesión ante la Administración, Instituciones, Tribunales, Entidades y particulares con legitimación para ser parte en cuantos litigios afecten a los intereses profesionales, y ejercer el derecho de petición.
- Participar en los Consejos u organismos consultivos de la Administración en materia de su competencia: **la influencia de la ocupación en la salud y la valoración del grado de autonomía en el desempeño de las ocupaciones** (auto-cuidado, actividades laborales, actividades de ocio, etc.).
- Informar de todas las disposiciones adoptadas referentes a las condiciones generales o particulares de las funciones de los terapeutas ocupacionales: el ámbito de su actuación, los títulos oficiales requeridos y homologaciones concedidas para el ejercicio de la profesión, el régimen de incompatibilidades con otras profesiones o servicios.
- Organizar servicios de asesoramiento jurídico, económico, administrativo, técnico o de cualquier otra clase a favor de los colegiados. Establecer las normas que regulen el régimen económico del Colegio y de los organismos afines y dependientes de éste.
- Organizar actividades y servicios comunes, de interés para los terapeutas ocupacionales, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial y de previsión, y otros análogos proveyendo al sostenimiento económico mediante los medios necesarios. Encargarse del cobro de las percepciones, remuneraciones, honorarios profesionales con carácter general o a petición de los interesados, en los casos en que el Colegio tenga creados los servicios adecuados y en las condiciones que se determinen en los Estatutos de cada Colegio. Aquellas otras funciones que redunden en beneficio de los intereses profesionales de los colegiados.
- Ejercer la jurisdicción disciplinaria respecto de los Colegiados, para lo cual la Junta de Gobierno estará revestida de la máxima autoridad, con exigencia correlativa de la mayor responsabilidad, y podrá imponer las sanciones especificadas en sus Estatutos, y con los recursos que se establecen.
- Controlar los centros donde tengan su domicilio social los terapeutas ocupacionales, con el objeto de tener acceso directo a los profesionales que trabajan en el mismo, sus condiciones laborales, y su colegiación al efecto de poder ejercer la profesión. Todo Diplomado en Terapia Ocupacional que pretenda ejercer la profesión de terapeuta ocupacional en Asturias deberá colegiarse.



MULLIGAN
Terapia Ocupacional en Pediatría. Proceso de evaluación

Al trabajar con niños y sus familias, los terapeutas ocupacionales se preocupan por el desempeño en la vida diaria, incluidas las actividades lúdicas y las escolares y por cómo los niños participan en sus familias y en la comunidad. Las habilidades de observación y entrevista de los terapeutas ocupacionales y la habilidad para utilizar e interpretar una serie de herramientas específicas de evaluación y para sintetizar datos de múltiples fuentes permiten determinar claramente cuáles son las áreas con problemas.

El objetivo de este libro es ofrecer a los terapeutas ocupacionales, en especial a quienes se inician en la actividad y a los estudiantes, una guía completa y práctica para evaluar a los niños. Incluye toda la información necesaria para el proceso de evaluación, que se describe de manera coherente con los conceptos incluidos en el Marco de referencia de la práctica de terapia ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA).

El capítulo 1 identifica las principales características de los sistemas y ámbitos de la práctica del terapeuta ocupacional en pediatría; el capítulo 2 describe paso a paso el proceso de evaluación; el capítulo 3 brinda información básica sobre el desarrollo del niño normal con especial atención en las ocupaciones y habilidades típicas en las distintas edades; el capítulo 4 cubre los aspectos relacionados con la evaluación estandarizada, cómo interpretar las puntuaciones y los factores que deben considerarse al seleccionar los instrumentos de evaluación; el capítulo 5 presenta las técnicas de evaluación no estandarizadas, incluidas las entrevistas y las observaciones; el capítulo 6 se centra en la formación de equipos y provee instrucciones para realizar evaluaciones en conjunto; finalmente, el capítulo 7 amplía el material del capítulo 2 en relación con las dos etapas finales del proceso de evaluación: la interpretación y síntesis de los datos para la planificación de la intervención, y la comunicación y documentación de los resultados.

A lo largo de toda la obra, se presentan cuadros, recuadros y figuras que facilitan el acceso rápido a la información y los términos clave se muestran en negrita. Incluye además ejemplos de informes de evaluación y de planes de intervención, consejos para escribir los objetivos de intervención, definiciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud y la terminología uniforme de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

En síntesis, una obra ágil y práctica que ayudará a los terapeutas ocupacionales a seleccionar actividades de evaluación apropiadas e interpretar correctamente los resultados obtenidos.

Un tomo de 378 páginas. Encuadernación: rústica. Formato: 11x20.

Edición: 2006. ISBN: 84-7903-981-7

Precio: 42,00 € (Año 2006)

**NORMAS DE PUBLICACIÓN**

La revista asturiana de TO considerará la eventual publicación 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, quién decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores notificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa su publicación.

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

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 correlativamente. Se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento.

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: Título del 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: Figurarán por este orden: Título del trabajo, resumen del 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 claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los originales deberán constar de introducción, material y método, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 5 páginas y 6 figuras o tablas. Las notas clínicas 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 correlativa 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 inicial y final 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 la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Herat trasplantation 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. Clinical 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 leader skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 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 aid 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: pathophysiology, diagnosis, and management*. 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 del 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., Solheim B. G. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun K. C., Degoulet 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 AI. *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 pantallas). 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
 Aptdo. de Correos: 1834. 33080 OVIEDO
 Nº Cuenta: 2048/0000/29/0340113878

En, a dede

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 cálido 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 2006 a la siguiente dirección: Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias. Apd. de Correos 1834-33080 Oviedo. Indicando en el sobre "IV 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 2006.

8. El fallo del jurado, que será inapelable, se hará público en el mes de Julio de 2006.

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