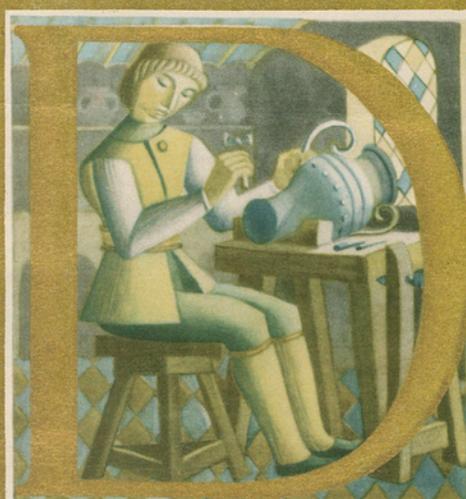
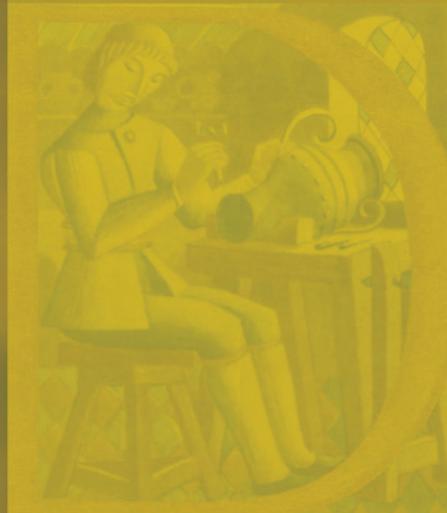


Revista Asturiana de Terapia Ocupacional



Obra Sindical "Artesanía"
D.N.S. de H.E.T. y de las J.O.N.S.

Diploma de

especial

otorgado
al artesano

Hospital Psiquiátrico

de *oviedo* en el concur-

so *provincial* de *artesanía - Cer. y Textil*

celebrado en *Ltaranés*

el *15* de *junio* de *1959*

el Jurado calificador

Paulino Vázquez



n.º 1

Mayo 2005



SUMARIO

EDITORIAL	pag. 3	
PEDIATRÍA		
LA TERAPIA OCUPACIONAL, UNA IMPORTANTE AYUDA PARA EL NIÑO HIPERACTIVO		
Isabelle Beaudry Bellefeville	pag. 4	
PSIQUIATRÍA		
UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN TERAPIA OCUPACIONAL. CASO PRÁCTICO/CLÍNICO		
Gabriel Sanjurjo Castelao	pag. 7	
FIRMAS		
OCUPACIÓN		
Rosa Matilla Mora	pag. 10	
DOSSIER DE PRENSA	pag. 14	
ENTREVISTAS		
Marié-Josée Tessier	pag. 18	
NORMAS DE PUBLICACIÓN	pag. 20	
III BECA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO "SUSANA RODRÍGUEZ"		pag. 23

Depósito Lega : AS-02720-2005

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

CONSEJO DE REDACCIÓN

Saray de Paz Ranz
Elena Díaz Cáceres
Gabriel Sanjurjo Castelao

aptopa@latinmail.com

IMPRIME

IMPRENTA GOYMAR
Padre Suárez, 2
33009 OVIEDO





Todo comenzó a raíz de una conversación con mi amigo Iván Pino a la orilla del Mar Cantábrico, en la playa del Arenal de Morís (estaba nevando, inolvidable). Por fin, después de tanto tiempo hemos podido plasmar esa idea. Por fin tenemos nuestra propia Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. La necesidad de tener canales de comunicación independientes entre los profesionales de Terapia Ocupacional de Asturias hace que la creación de esta Revista sea un paso más en el desarrollo de la profesión. Nace con espíritu humilde, con una edición de ejemplares muy reducida pero con la idea de rectitud y profesionalidad de cualquier publicación médico-científica. Procurando la mayor penetración en los más importantes fondos bibliográficos estatales e internacionales.

La posibilidad cercana de dar a conocer nuestro trabajo mediante artículos nos enriquecerá en nuestro desempeño profesional y servirá de base bibliográfica que permanecerá para futuros Terapeutas. Todos sabemos de la falta de publicaciones en Terapia Ocupacional y que es cuestión de tiempo llenar ese vacío. De tiempo y también de voluntad, hoy intentamos acelerar ese proceso, convencidos que la Revista será una importante ayuda.

No sólo encontraremos artículos técnicos sino que intentaremos que la mayor información en lo que atañe a la Terapia Ocupacional y a la Asociación de Asturias aparezca en la Revista. Es por ello que existirán varias secciones donde se de cabida a todas las inquietudes que surjan entre los profesionales y estudiantes. Este primer número es con un formato especial dadas las peculiares condiciones de partida y espero que todos entendáis los posibles errores que se cometan. Desde aquí invitamos y animamos a todos los interesados a participar en esta Revista.

Nace en tiempos de cambios profundos en nuestra profesión, por un lado la próxima y cercana Colegiación, y por otro la creación de la Escuela de Oviedo. En principio dos noticias que deberían alegrar a todos los Terapeutas Ocupacionales y que en el caso de la escuela no es del todo así. Es de sobra conocido por todos la exclusión que se ha hecho a los profesionales en todo el proceso de implantación de la Diplomatura. A pesar de las "buenas voluntades" expresadas por los responsables de la escuela. Esa situación ha dejado heridas mal cicatrizadas dentro del cuerpo Profesional. En el ánimo de todos está el vencer esas reticencias y esperamos profundamente que los hechos lo demuestren. Es fundamental la participación de los Profesionales para dar una formación de calidad, tanto en lo teórico como en lo práctico. Sin esa colaboración mutua la formación de los futuros T. O. será de mínimos, para justificar sobre el papel, a la cola de las escuelas del estado... No es esta la intención de los Profesionales ni de la Asociación Asturiana ya que uno de sus fines explícitos es velar por la adecuada formación de los Terapeutas Ocupacionales.

No quería despedirme sin agradecer públicamente a los autores que colaboran en este número (Isabelle, Rosa, Elena y Silvia) su desinteresado trabajo. Además agradecer a Iván Pino, Emilio A. Mendoza y María Jesús Villaverde sus consejos, sin los cuales no se podría haber hecho realidad este proyecto, la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional.

Gracias a todos.

Gabriel Sanjurjo Castela



LA TERAPIA OCUPACIONAL, UNA IMPORTANTE AYUDA PARA EL NIÑO HIPERACTIVO

Isabelle Beaudry Bellefeuille. Terapeuta Ocupacional .



La Terapia Ocupacional basada en la Teoría de la integración sensorial puede resultar clave en la intervención terapéutica del niño hiperactivo. En muchos casos, las dificultades existentes para mantener la atención, regular el nivel de actividad e/o interactuar adecuadamente con el ambiente están relacionadas con un problema de integración sensorial, y más específicamente, con un problema de modulación sensorial.

Los principales síntomas de una disfunción de modulación sensorial, según Parham y Mailloux (en Roley, Blanche, Schaaf, 2001), son los siguientes:

- Dificultades con las habilidades sociales y la participación en el juego.
- Poca confianza en uno mismo y falta de autoestima.
- Dificultades con las actividades de la vida diaria y en el ámbito escolar.
- Ansiedad, falta de atención e inadecuada habilidad para regular las reacciones propias ante los demás.
- Retraso en el ámbito sensoriomotor y en el desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas.

Con una detallada evaluación que incluye pruebas específicas sobre el procesamiento sensorial, con la observación del niño en sus diferentes ambientes y con cuestionarios para los padres y profesores, el terapeuta ocupacional puede identificar los sistemas sensoriales afectados y preparar un programa de actuación acorde con el perfil sensorial de cada niño.

Las actividades y adaptaciones propuestas por el terapeuta ocupacional tienen como objetivo nutrir sensorialmente al niño, es decir, son actividades con una alta carga sensorial, sobre todo en los ámbitos propioceptivos, vestibular y táctil.

La intervención puede efectuarse en varios frentes simultáneamente; es decir, por una parte, el niño puede acudir a tratamientos directos en una clínica que cuente con material de integración sensorial, pero además, al mismo tiempo, se pueden incorporar a su ámbito familiar y al escolar actividades y adaptaciones que tengan en cuenta las necesidades sensoriales del niño.

No todos los niños hiperactivos lo son por las mismas causas. Para algunos, la hipersensibilidad táctil es el principal problema; para otros, su hiperactividad tiene primordialmente un origen vestibular, o bien una combinación de difi-

cultades en varios sistemas sensoriales. Lo ideal es, sin duda alguna, una evaluación individual realizada por un terapeuta ocupacional con una formación específica en integración sensorial, algo que, desgraciadamente, no siempre es posible. En este caso de no poder contar con un terapeuta ocupacional especializado en integración sensorial, siempre se pueden aplicar algunas estrategias generales que pueden ayudar al niño hiperactivo en su adaptación a la clase y al ámbito escolar en general. A continuación, veremos algunas de estas estrategias.

No debe olvidarse que el sistema nervioso de los niños que padecen problemas de integración sensorial es menos estable que el de otros pequeños y que, por ello, son niños frágiles en el plano emocional. La estimulación ambiental —ruidos, movimientos, luces, personas, etc.— puede provocar que el niño sufra una pérdida de control. Es necesario, por tanto, que nos mantengamos alerta respecto al niño y a todo lo que le rodea, con el objeto de poder evitarle situaciones que le supongan perder el control. Situaciones ruidosas o bullangueras, como las que se dan en fiestas de cumpleaños o en recintos de atracciones, que resultan tremendamente divertidas para la mayor parte de niños, son habitualmente muy estresantes para el niño con un problema en su integración sensorial.

Es posible que hasta la actividad del patio del colegio o, incluso, la de su aula escolar le resulten igualmente demasiado estimulantes. Por ello es conveniente que disponga, dentro de su clase, de un rincón tranquilo al cual pueda acudir, retirarse, para recobrar la calma cuando se sienta sobreestimado y, así, evitar una crisis emocional, una pérdida de control. Sencillamente, una mesa cubierta con una manta puede hacer las funciones de *casita de reposo*, a la cual el profesor podrá invitar al niño a ir a calmarse cuando éste se encuentre sobreexcitado. Una vez establecido este lugar y dictaminada su función, el propio niño podrá acudir a él de modo autónomo cuando sienta la necesidad de hacerlo, cuando necesite tranquilidad, para rebajar su sobreexcitación.

Es fundamental que se respete el cometido de la *casita de reposo* y que no se convierta en un espacio más para jugar o realizar otras actividades; el niño debe relacionarla únicamente con un lugar de tranquilidad, con su pequeño refugio contra la sobreexcitación.

En cualquier caso, resulta imprescindible que tanto padres como profesores sepan mantener la calma, ya que constituyen un elemento básico del ambiente que rodea al niño. Si el niño llega a perder el control, los castigos servirán solamente para empeorar su autoestima. Lo primero es



ayudarlo a recomponerse. El mencionado sitio tranquilo, la *casita de reposo*, con una manta favorita o un osito de peluche en su interior, puede proporcionar al niño las estimulaciones calmantes que necesita. Algunos niños apreciarán que se les abrace o que se les meza. Un paseo al aire libre, sobre todo si el día está fresco, también puede ayudar. Todo esto no significa que no se deba disciplinar al niño que presenta problemas de integración sensorial. Un programa de recompensas por buen comportamiento y retirada de privilegios por comportamientos inadecuados es beneficioso para todos los niños.

En el caso del niño que tiene dificultad para controlar sus emociones y su nivel de actividad, premiar las ocasiones en las cuales consiga mantener la calma lo ayudará y le dará confianza en sí mismo. Pero hay que poner a su disposición estrategias eficaces para ayudarlo a conseguir su objetivo y colaborar con él en el reconocimiento de su propio estado de alerta. Las terapeutas ocupacionales Williams y Shellenberger diseñaron un excelente programa para enseñar a los niños cómo ser más conscientes de sus necesidades sensoriales y cómo modificar su estado de alerta utilizando actividades con alta carga sensorial.

Algunos niños son hipersensibles a los olores y los ruidos ambientales, y la exposición a este tipo de estímulos puede provocar una alteración en el comportamiento y el nivel de alerta. Es conveniente eliminar, en la medida de lo posible, los ruidos que puedan distraer al niño. Por ejemplo, una escuela de Montreal (Canadá) tuvo la feliz idea de poner pelotas de tenis agujereadas en la base de todas las patas de las mesas y sillas para eliminar el molesto ruido causado por el roce con el suelo. Las ventanas y puertas abiertas pueden constituir otra fuente de ruidos que distraen y sobreestiman al niño con problemas de integración sensorial. Debemos también controlar nuestra voz y procurar hablar suave y tranquilamente. Ciertos olores, de alimentos, productos de aseo o de limpieza, pinturas, etc. pueden ser estímulos francamente desagradables para algunos niños.

Evidentemente, es imposible controlar todos los ruidos y olores ambientales, pero conviene ser consciente de que esos estímulos pueden influir muy negativamente en el comportamiento del niño.

Para algunos niños hiperactivos la proximidad de los compañeros puede ser una constante fuente de tensión. Encontrarse en el medio de una fila puede representar una situación extremadamente estresante. Colocarse en el último lugar de la hilera, desde donde se pueden controlar las distancias con los demás, suele ser una eficaz manera de reducir la tensión vivida por este tipo de niños.

El momento de las comidas, cuando varias personas se sientan a la misma mesa, puede también constituir otro motivo de tensión. Dejar que el niño coma en un extremo de la mesa ayuda a preservar su espacio personal y, por tanto, a evitar crisis emocionales. Los comedores de los colegios,

siempre bulliciosos y llenos de gente, suelen resultar demasiado estimulantes para el niño con problemas de modulación sensorial. Si no es posible que el niño efectúe su almuerzo en su hogar tranquilamente, entonces es aconsejable que en el comedor del colegio se le reserve el lugar más tranquilo, así como que se le encuadre en el turno menos ruidoso.

El niño que padece deficiencias en su procesamiento sensorial no percibe adecuadamente su ambiente. Como ya hemos dicho, debemos recordar siempre que el sistema nervioso de los niños con problemas de integración sensorial no es tan estable como el de otros pequeños. Todo ello provoca que estos niños tengan una gran necesidad de una rutina estable y previsible para poder funcionar correctamente.

Los cambios de sus horarios, de sus espacios físicos o de las personas que lo cuidan afectarán negativamente al niño que padece estas deficiencias. Es preferible que las alteraciones le sean anunciadas con antelación y, posteriormente, le sean recordadas a medida que se aproximen. La cabezonería y la falta de cooperación que muestran muchos niños con problemas de integración sensorial es, en parte, un reflejo de esa necesidad de rutina estable. Lo que más caracteriza el niño hiperactivo es el exceso de movimiento, lo cual puede deberse a diversas causas. Dicho exceso de movimiento puede ser causado, por ejemplo, por un déficit en los sistemas vestibular y propioceptivo, responsables en gran parte del control postural, lo que hace que al niño le cueste mantener su cuerpo erguido contra la gravedad y busque continuamente apoyos de un modo u otro.

Es frecuente que estos niños adopten posturas de verdaderos contorsionistas mientras están sentados, envolviendo sus piernas alrededor de las patas de las sillas, por ejemplo. Otros, sencillamente no consiguen mantenerse sentados y se caen a menudo de sus asientos. En estos casos, un tratamiento de Terapia Ocupacional basado en la Teoría de la integración sensorial suele ser eficaz para solucionar el problema. Hay otros niños que necesitan una gran cantidad de estimulación (vestibular, propioceptiva, táctil) para mantener un nivel de alerta adecuado y buscan esa estimulación a través del movimiento. En este caso, los niños afectados se benefician, por ejemplo, de asientos que se mueven, de frecuentes actividades deportivas, de muchas oportunidades para levantarse (ayudar al profesor a repartir papeles, hacer recados, etc.) y, en general, de no pasar demasiado tiempo en situaciones en las que el movimiento no está permitido.

Algunos niños con problemas de integración sensorial todavía continúan necesitando actividades de exploración oral a la edad de comenzar el colegio. Debido a esa necesidad, es habitual verlos morder o chupar su ropa (cuellos, puños), lápices, etc. Para evitar estos comportamientos no deseados, podemos ofrecerles a estos niños objetos que socialmente sean aceptables de introducir en la boca, como, por ejemplo, un botellín plástico como el de los



ciclistas, un mordedor o chicle. Es importante recordar que si el niño utiliza este tipo de estimulación es porque realmente lo necesita para mantenerse alerta o porque le ayuda a organizar su sistema nervioso.

Es el mismo caso de muchos adultos, que necesitan estimulación oral (por ejemplo, tener un cigarrillo entre los labios, morder un palillo, comer algo o mascar chicle,) y se ponen nerviosos cuando no pueden hacerlo.

En definitiva, el niño hiperactivo debe ser considerado no solamente desde un punto de vista psicológico y médico, sino también desde un punto de vista sensorial. La intervención del terapeuta ocupacional es fundamental para determinar cuáles son los sistemas sensoriales afectados, qué estímulos sensoriales alteran negativamente el comportamiento y qué estímulos sensoriales pueden ayudar a mantener un nivel de alerta adecuado para la interacción y el aprendizaje.



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

TRATAMIENTOS PROFESIONALES DESDE 1999

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



- ODONTOLOGÍA GENERAL
- ENDODONCIA
- IMPLANTOLOGÍA
- ESTÉTICA DENTAL
- PERIODONCIA

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

Nº Registro Sanitario: 1 / 2117



UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN TERAPIA OCUPACIONAL. CASO PRÁCTICO/CLÍNICO



Gabriel Sanjurjo Castelao. Terapeuta Ocupacional.

● RESUMEN

Dentro de grupo de los Trastornos Mentales Severos/ Graves, especialmente en aquellos casos con largo tiempo de evolución y con predominio de sintomatología negativa, es obvio que uno de los aspectos más importantes a trabajar en su proceso rehabilitador es el deterioro de sus Actividades de la Vida Diaria (sobre todo las Básicas). Esta carencia, aparte de aumentar su discapacidad y disminuir su autonomía imposibilita la posibilidad de consecución de objetivos más ambiciosos dentro de su Plan Individualizado de Rehabilitación (ahora es, de la ojeamiento, etc.) (1).

Se presenta en este artículo la complementariedad de una técnica de terapia comportamental (economía de fichas) y de un programa de recuperación e instauración de Actividades de Vida Diaria Básicas desde la Terapia Ocupacional.

● PALABRAS CLAVES

T.M.S., Economía de fichas, Actividades de la Vida Diaria, rehabilitación psicossocial, Terapia Ocupacional, casos clínicos.

● INTRODUCCIÓN

La técnica de la economía de fichas tiene por objeto desarrollar conductas deseadas, mantener una frecuencia adecuada y disminuir aquellas conductas indeseadas (2). El procedimiento es sencillo, se trata de establecer un sistema de refuerzo para premiar las conductas, el usuario va acumulando puntos/ fichas según realice las conductas y estos puntos son intercambiados por otros reforzadores (materias o sociales/situacionales). Una vez que se ha conseguido instaurar y mantener la conducta se reforzará de un modo intermitente, espaciando los intervalos e intercambiando los reforzadores materias por otros de carácter social hasta que la conducta se mantenga en ambiente natural.

La economía de fichas se ha utilizado sobre todo en pacientes institucionalizados, de larga evolución y en entorno controlado o que hace posible complementar con un manejo de contingencias (uso selectivo de refuerzos y castigo) (3). Se plantea en este artículo la posibilidad de administrar este tipo de programa en un paciente con vivienda propia y que acude a un Centro de Rehabilitación de Salud Mental de manera ambulatoria.

● REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una revisión sistemática de varias fuentes documentales y bases de datos;

IME (Instituto Médico Español), dependiente de Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Biblioteca de los Servicios de Salud Mental. SESPA

MEDLINE: Base de datos de la National Library of Medicine (EEUU).
The Cochrane Library.

Además se ha realizado una búsqueda exhaustiva de tema en Internet. Los resultados dejan a las claras que pese a ser una técnica nacida en Europa (Alexander Maconochie, Inglaterra s. XIX) bajo el amparo de las Instituciones Penales, el desarrollo fundamental se realiza en EEUU y Canadá. Las necesidades no difieren de un lado a otro de Atlántico pero la fuente documental se encuentra sobre todo en autores americanos. Destaca entre estos los trabajos de Kazdin, auténtico propulsor de su empleo en psiquiatría (4).

Un aspecto llamativo de la revisión es que, pese a ser una técnica relativamente de fácil aplicación en Instituciones psiquiátricas, las publicaciones en este sentido son muy reducidas. Las áreas de mayor aplicación documentada son las relativas a Instituciones Penitenciarias, disminuidos psíquicos, con menores y trastornos de la conducta alimentaria. El éxito de las aplicaciones de la técnica parece evidente (5 y 6). Aun así se aprecia un descenso de las publicaciones en el último lustro.

● PRESENTACIÓN DEL CASO

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 37 años, diagnosticado de Psicosis esquizofrénica residual (7) con inicio a los 23 años, cumpliendo el servicio militar, presentando alucinaciones auditivas, vivencias de despersonalización, sensación de control de pensamiento e interpretaciones delirantes de tipo persecutorio y heteroagresividad hacia familia. Desde entonces sigue tratamiento de Hospital de Día y ocupacionales no concluidos. Ambos padres a tratamiento psiquiátrico. Último ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Agosto de 2.000 (agresión hacia la madre). En el momento de desarrollar el programa se encuentra estabilizado sintomatológicamente, buena adherencia a tratamiento farmacológico. Predominio de síntomas negativos; aplanamiento afectivo, retraimiento social, anhedonia, baja motivación, abandono de hábitos saludables. Vive sólo, padres divorciados, con ayuda a domicilio de la Asoc. de Familiares de Enfermos Mentales (acompañamiento) y Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento para realización de tareas domésticas. Es receptor de una Pensión No Contributiva (PNC). Su nivel de independencia, siguiendo la Escala de Discapacidad de la O.M.S. (8):

Cuidado personal: 3+
Func. Ocupac: 3+
Func. Familiar: 4+
Func. Social: 4+

DESARROLLO DEL PROGRAMA

TABLA I

1. Identificación de las conductas a reforzar:

Esta parte se realizó en colaboración con su Tutora (DUE), se detectaron cuales eran las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria que más interesaban para aumentar su autonomía y disminuir la supervisión. Además hay que tener en cuenta que esas conductas las pueda mantener en ambiente natural Para ello se realizaron visitas domiciliarias con una frecuencia de dos días a la semana. La objetivación en este apartado es fundamental para la consecución de los resultados planteados (9), de ahí que la evaluación sea exhaustiva en cuanto a las AVD's. Para ello se diseñó un cuestionario específico. Una vez enumerados las conductas se puntúan según criterio de dificultad en la realización y frecuencia deseada (ver Tabla I). El rango de puntuación es de 0-40 puntos (máximo rendimiento).

Hacer la cama	2 puntos.
Separar la ropa sucia	4 p.
Recoger salón y cocina	4 p.
Ordenar la ropa limpia	6 p.
No tener ropa en el suelo	2 p.
Fregar cocina	8 p.
Fregar platos y útiles de cocina	2 p.
Limpiar nevera	4 p.
No tener comida caducada	8 p.

TABLA II

2. Identificación de los reforzadores de apoyo significativos:

Dada la dificultad para verbalizar situaciones y reforzadores materiales por parte del paciente se le pasaron varios cuestionarios de intereses. Se obtuvo información por parte de la observación directa del paciente dentro de los programas de ocio y tiempo libre del CR San Lázaro (Colonias de verano) sobre aquellas actividades más gratificantes para el paciente (ver Tabla II). A cada reforzador se le asignó un valor en puntos, una ponderación en relación esfuerzo-valor objetivo. Estos reforzadores se le fueron administrando según fue consiguiendo los puntos para ellos. Se planteó la necesidad de no establecer un coste de respuesta y así eliminar el castigo negativo. A medida que se realizó el programa se estableció demora de reforzadores a fin de efectuar una retirada progresiva de los mismos (10).

Compra de teléfono móvil
Recargas de teléfono
Compra de revistas de divulgación científica
Compra de cometa
Inscripción en actividades hípcas
Realizar salidas lúdicas
Comidas fuera de casa (restaurante)

3. Establecimiento de los sistemas de registro:

A fin de hacer lo más objetivo posible la puntuación se crearon una tablas de registro de AVD's donde se anotaban los puntos conseguidos semanalmente. Cada semana se realizaron dos visitas domiciliarias para realizar el registro (los lunes y los viernes). Una vez a la semana se pautó una entrevista al paciente a fin de que él mismo cubriese la tabla de evolución.

4. Contrato Terapéutico:

Una vez diseñado todo el programa se le presentó al paciente y se firmó un contrato donde figuraban todos los reforzadores y "conductas objetivo", con sus compromisos y los del personal asistencial. Con todos los aspectos claro y sin lugar a dudas o dobles interpretaciones. Firmado por su Clínico, su Tutora, el Terapeuta Ocupacional, por el propio paciente y, dada las características semiautónoma de su vivienda, por la madre de este. El trabajo con la madre se centró en que durante todo el tiempo que durase el programa

interviniese lo menos posible en la realización de tareas en el domicilio del paciente ya que distorsionaría los resultados disminuyendo la efectividad. Se fijó una duración inicial de 19 semanas.

5. Sistema de seguimiento y administración de reforzadores:

Durante las 19 semanas con frecuencia de dos veces a la semana se fue registrando las conductas realizadas por parte del T. O. y Tutora del caso. Cada semana se programó una reunión con el paciente a fin de que fuese él mismo quien contabilizase sus puntos y los anotase en un gráfico, para mejorar la adherencia al programa y porque existe un aumento conductual al realizar autoregistros. También como factor de motivación sobre todo al inicio del programa debido al nivel bajo del que partía (11). Al inicio del programa se le administraron reforzadores de tipo material con la frecuencia más alta posible (ya que el paciente, a veces, no demandaba los reforzadores).

6. Evolución:

Se presenta en tablas a fin de ver la totalidad de la evolución. Hay que considerar que el nivel previo era inferior a la puntuación de la primera semana.

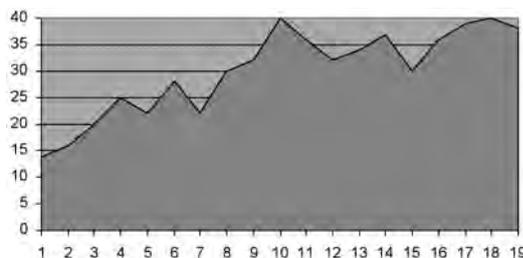
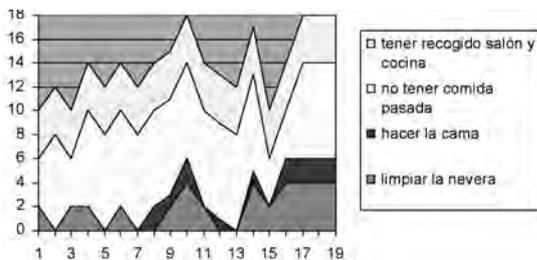
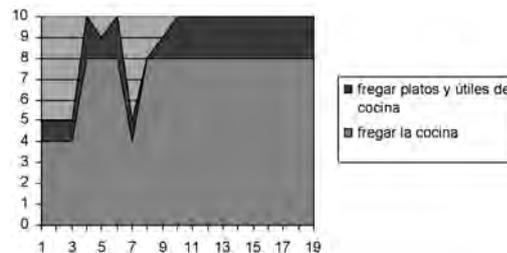
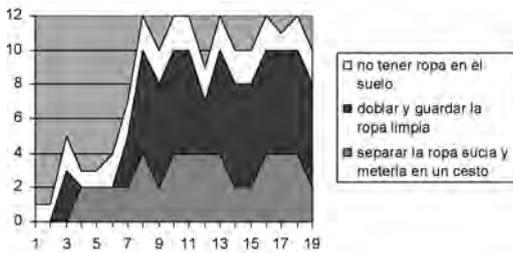


GRAFICO IV
Resultados totales;
Puntos/semanas

CONCLUSIONES

- Idoneidad del Programa de Economía de Fichas para la instauración de hábitos no adquiridos en AVD en tratamiento ambulatorio. Como se ve en los gráficos de evolución del rendimiento, que partía de un nivel muy bajo (inferior a lo registrado en la 1ª semana, ya que una vez establecido el plan el paciente incrementó sus conductas objetivo), el rendimiento en las últimas semanas del plan es muy superior, rozando el cumplimiento total.

- Validez para el mantenimiento de conductas de reciente adquisición: Algunas de las conductas eran de nueva adquisición, en otras el objetivo era aumentar la frecuencia. Es el primer grupo donde los resultados fueron mejores. Se le hizo un entrenamiento conductual basado en instrucciones, moldeado y modelado, con reforzamiento verbal. El paciente adquirió las nuevas conductas y su mantenimiento fue positivo, incluso más allá de la semana 19. La conducta objetivo mejora en calidad y cantidad.

- Mayor eficacia al consensuar objetivos y refuerzos con el paciente: La importancia del contrato terapéutico se comprueba en que sólo con realizarlo aumentó el rendimiento en las conductas objetivo. Hay que primar refuerzos materiales personalizados y procurar que estén a disposición contingente.

- Influencia de factores externos en la evolución del programa (semana 15 del programa): Durante el desarrollo del programa se produjo una situación anómala, aunque prevista (el divorcio de los padres), esto tuvo consecuencias en la disminución del rendimiento de las conductas objetivo. El padre se instaló en el piso durante unos días.

- Existe un aumento de motivación por parte del paciente para afrontar nuevas situaciones y nuevas actividades: En cierta manera la posibilidad de conocer realmente como mejora en su desempeño de AVD refuerza su autoestima y mejora la capacidad de afrontamiento de situaciones nuevas con agentes estresantes, disminuyendo su vulnerabilidad (12, 13).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanjurjo Castela, G. "Apertura de piso de transición Funciones del T O Evaluación" Rev. de a Asoc. Prof. España de T.O. Sept embre 2.002. nº 29,
2. Tarp, R. M. "Principios básicos del aprendizaje", 11ª ed. Madr d. Ed tor a Debate. 1993.
3. Pinillos, J. L. "Principios de psicología", 17ª ed. Madr d. An za Un vers dad. 1992.
4. Ayllont, T. & Azrin, N. "The token economy : a motivational system for therapy and rehabilitation".1ª ed. New York. App eton-Crofts.1968.
5. Sos-Peña, M. R., Tortosa, F. Y Pérez, A. "El sistema de economía de fichas hoy, tras veinticinco años de aplicación". Rev sta de a H stor a de a Ps co o gía.1990. nº 11, 3, 4, pág: 467-480.
6. Gómez Terrados, J. A., Muñoz, E., Del Río, M. del Pilar, González, A. "Estudio epidemiológico-descriptivo de un programa de economía de fichas (token economy)". Informac ones ps qu átr cas.1983,94, pág: 285-296.
7. "Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión". Madr d. OMS. 1992.
8. "Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud". Madr d. OMS y Mº de Trabajo y Asuntos Soc a es. 2001.
9. Mayor, J., Labrador, F. J. "Manual de modificación de conducta". Madr d. A mbra Un vers dad. 1991.
10. Peinado Manzano, M. de los Ángeles. "Los sistemas de economía de fichas Su aplicación en el campo educativo". Stvd a Pædagóg ca, rev sta de c enc as de a educac ón. 1983. nº 11, pág 57-67.
11. Corral, E., Pérez Hidalgo, I. "Un procedimiento sencillo de manejo de contingencias para el control de conductas higiénicas en una comunidad psiquiátrica". Informac ones ps qu átr cas, 1987, 109. Pag; 257-266.
12. Lemos Giráldez, S. "El modelo de vulnerabilidad como fundamento para la rehabilitación de la psicosis". En "Rehab tac ón y Sa ud Menta ; s tuac ón y perspect vas" . Sa amanca. Amarú ed c ones. 2.002. Pág; 57-73.
13. Liberman, R. P. "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico". Barce ona. Ed c ones Roca.1993



OCUPACIÓN

Rosa Matilla Mora. Terapeuta Ocupacional. Madrid. infoportal@terapia-ocupacional.com

● RESUMEN

La ciencia de la ocupación aparece mucho después que la terapia ocupacional, no obstante los terapeutas ocupacionales tendrán que apoyar las intervenciones terapéuticas sobre la base de la investigación para cosechar el progreso de su disciplina.

Este artículo pretende incitar a los terapeutas ocupacionales a la profundización de su profesión y al entendimiento de sus actuaciones y a la repercusión de las mismas.

Se esboza con brevedad el marco para el conocimiento de las ocupaciones humanas y la dirección que ha de tomar la investigación en este campo, haciendo hincapié en los elementos esenciales de la ocupación, el proceso ocupacional y la relación de la ocupación con otro fenómeno como es la salud.

PENSAR SOBRE LA OCUPACIÓN

¿Qué características identifican a una ocupación (p. ej. definición, suposiciones, elementos básicos)?

Las características que identificamos incluyen nuestras creencias sobre la ocupación y son fundamentales para organizar nuestros pensamientos y acciones.

Durante esta reflexión es necesario recordar que el objetivo es ayudar a comprender el término "ocupación" y cómo influye en nuestras acciones. Esta reflexión nos ayuda a entender el por qué de lo que hacemos, nos proporciona una interiorización de nuestras acciones y hace consciente nuestro punto de vista filosófico. Debemos analizar de forma crítica nuestros actos y observar cómo conectan con nuestros puntos de vista y creencias sobre la ocupación humana. (1)

Las ocupaciones y los valores humanos están íntimamente relacionados, por lo tanto, es muy importante que aclaremos los valores que asociamos a las ocupaciones como un aspecto central en nuestro desarrollo profesional.

Un modo de hacerlo puede ser examinando nuestras creencias y sus características sobre la ocupación conjuntamente con los *Valores principales y Actitudes de la práctica de la Terapia Ocupacional*, que son: *altruismo, igualdad, libertad para elegir con independencia, justicia, dignidad, honradez y prudencia*.

● INTRODUCCIÓN

Un término básico que los terapeutas ocupacionales manejamos es "ocupación", siendo este concepto lo que diferencia a la terapia ocupacional de otras profesiones. La ocupación es parte de la condición humana. El ser humano necesita estar ocupado.

Pensemos sobre la ocupación desde tres perspectivas:

- 1ª. Examinemos nuestro conocimiento y creencia acerca de la ocupación.
- 2ª. Estudiemos nuestras intervenciones como terapeutas ocupacionales y observemos su efectividad con el objeto de generar cambios para que los clientes puedan participar en las ocupaciones que les resultan tan significativas.
- 3ª. Reflexionemos sobre nuestro progreso en el conocimiento de la ocupación.

La reflexión es algo que se puede aprender y se debe practicar. Está claro que es más difícil reflexionar sobre ideas abstractas que sobre algo concreto. Esto supone un reto para los terapeutas ocupacionales porque reflexionar sobre la ocupación es exigente, confuso y en ocasiones frustrante.

Esta reflexión exige que nos preguntemos cómo nuestras propias ideas dan forma a nuestros valores profesionales.

Otros factores que influyen en nuestros valores son:

- Nuestras creencias religiosas, espirituales o personales sobre lo bueno y lo malo.
- Nuestras tradiciones familiares, modos de hacer habituales e interacciones.
- Nuestra cultura y las normas sociales en las que vivimos.
- La influencia de los amigos, colegas y profesores.
- Los escritos y conferencias de personas que son importantes en nuestras vidas.

Si llegamos a conseguir reflexionar sobre los aspectos mencionados entenderemos el sentido que tiene para nosotros nuestras propias ocupaciones, teniendo presente que las ocupaciones se transforman y varían a lo largo de la vida.

LAS OCUPACIONES CON LOS CLIENTES

Los terapeutas ocupacionales realizan a diario intervenciones para que los clientes puedan participar en ocupaciones que les son significativas, por este motivo debemos analizar nuestras intervenciones para asegurarnos que cubren sus necesidades. Debemos reflexionar sobre las siguientes cuestiones:



- ¿De qué modo nuestras intervenciones tienen un significado en la vida de nuestros clientes y reflejan sus intereses o elecciones?
- ¿De qué modo nuestras intervenciones incorporan su cultura, sus intereses y les ofrecen satisfacción?

SOBRE LA CIENCIA DE LA OCUPACIÓN

La ciencia de la ocupación es una nueva ciencia social derivada de la terapia ocupacional. Su objeto principal es el estudio del hombre como ser ocupacional, de cómo llega a comprender el sentido de la vida a través de la actividad que tiende al logro de objetivos. La utilidad de la ciencia de la ocupación consiste en nutrir la terapia ocupacional, lo que no significa que sea un marco de referencia, se trata de una ciencia social básica, cuya forma es similar a la de otras disciplinas académicas como la antropología o la sociología. Elizabeth J. Yerxa y sus colaboradores (1990) afirman:

"La ciencia ocupacional está concebida como una ciencia básica... dado que trata de temas universales en relación con la ocupación independientemente de su aplicación inmediata en terapia ocupacional"

En 1980, en la Conferencia Anual de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Yerxa reclamó públicamente por primera vez el desarrollo de una ciencia de la ocupación. En 1981, en su Informe de Fundación, recomendó que esta ciencia fuera una ciencia básica (como opuesta a una aplicada) y sugirió algunos de sus componentes, como el objeto de su estudio (la comprensión de la índole del compromiso con actividades significativas, plenas de sentido y auto-dirigidas), el encuadre (la teoría general de los sistemas) y los métodos (incluyendo la fenomenología y la etnografía). En 1982 se desarrolló un primer modelo de los subsistemas humanos (empleando un enfoque de la Teoría General de los Sistemas) en el Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad del Sur de California (USC, 1982).

Bajo la dirección de Yerxa, esta facultad continuó desarrollando estas ideas a lo largo de la década de los ochenta (2).

En el año 1989 se instauran formalmente los estudios académicos de esta disciplina y empiezan a formar graduados en Ciencia de la Ocupación. Se espera que se desarrollen numerosas teorías acerca de la naturaleza, forma, función y significado de la ocupación y coexistan dentro de la disciplina de la ciencia ocupacional.

OCUPACIÓN, UNA PERSPECTIVA SINGULAR SOBRE UN CAMPO MUY COMPLEJO

Los científicos de la ciencia de la ocupación intentan dar respuesta a cuestiones como:

- ¿Qué significado tienen las actividades para las personas?
- ¿Cómo se experimenta ese significado?
- ¿Qué le sucede a la persona cuando tiene que cambiar de ocupación?

- ¿Cómo influye el contexto cultural en las ocupaciones de la persona?
- ¿Cómo influye el género y la clase social en la elección de una ocupación?
- ¿Cómo influyen las características biológicas de cada persona en las ocupaciones diarias?
- ¿Qué efecto producen las estructuras y procesos neurobiológicos en las capacidades humanas? (3)

Los conceptos mediante los cuales los terapeutas ocupacionales utilizan el término ocupación se pueden resumir en:

- Las ocupaciones son el conjunto de actividades de la vida diaria de las personas.
- Las ocupaciones dependen de las aspiraciones, necesidades y entornos de las personas.
- Las ocupaciones están relacionadas con el uso del tiempo intencional definido según el individuo.
- Las ocupaciones son los medios a través de los cuales las personas controlan y equilibran sus vidas.

Los terapeutas ocupacionales tienden a indicar actividades a sus clientes, y deben analizar la diferencia entre actividad y ocupación.

Cada ocupación consta de una serie de actividades y a su vez estas constan de tareas (que engloban diversos elementos).

Las personas son seres ocupacionales y muchas de las actividades que realizan a diario forman parte de un hábito (p. ej. el aseo diario), otras actividades tienen que ver con los roles que desempeñan (p. ej. rol de padre o de hijo).

El significado que se da a esos hábitos y la frecuencia con que se realizan están relacionadas con el valor y la importancia que la persona atribuye a tales acciones.

La elección de una actividad y la forma de realizarla puede estar influida por el entorno y la cultura de la persona. Autores como Kielhofner, Forsyth y Hagedorn dicen que las actividades son percibidas como acciones deliberadas a corto plazo para acceder a ocupaciones o abandonarlas, las elecciones ocupacionales suponen un compromiso deliberado para acceder a un rol ocupacional, adquirir un nuevo hábito o emprender un proyecto personal. Asimismo estos autores manifiestan que la ocupación no está relacionada con las actividades sexuales, en general no está implícita en las actividades de las funciones corporales.

Dentro del contexto de la terapia ocupacional, las actividades forman los quehaceres realizados a corto plazo en relación al desarrollo y satisfacción de las necesidades ocupacionales a largo plazo. Por el contrario, la ocupación define y organiza una esfera de acción durante un periodo de tiempo y forma parte de la identidad social y personal. (4)

MARCO PARA EL CONOCIMIENTO Y LA DIRECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE LA CIENCIA OCUPACIONAL (5)

OCUPACIÓN	ASPECTOS A INVESTIGAR
Elementos esenciales sobre la ocupación	Identificar la naturaleza, estructura, características de la ocupación
Proceso ocupacional (desarrollo a lo largo del tiempo)	Investigar la experiencia subjetiva, el proceso, resultados y características de la conducta ocupacional
Relación entre la ocupación con otros fenómenos	Explicar cómo la ocupación se asocia con la salud, calidad de vida, edad, desarrollo humano, estructura social y política.

ELEMENTOS ESENCIALES

La noción de ocupación y su desarrollo está incluida dentro de un contexto y realidad sociocultural, independientemente del individuo, esto es lo que produce que una ocupación sea juzgada como apropiada o sancionada socialmente. Por ejemplo, en la sociedad española, tradicionalmente las labores del hogar han sido atribuidas a las mujeres y percibidas como un trabajo que no era indicado para los varones. De este ejemplo se desprende otro elemento esencial que es el género, dentro del contexto sociocultural hay ocupaciones que se atribuyen a un determinado sexo.

Los ideales políticos y el significado simbólico o espiritual son otros elementos esenciales que influyen en las ocupaciones. La cita para tomar el aperitivo en España conlleva unos contenidos sociales y personales complejos. Si consideramos todos estos elementos esenciales a un nivel individual aún dentro del mismo contexto sociocultural se observa que no todos los individuos experimentan las ocupaciones con el mismo significado.

Otro aspecto fundamental de la ocupación son los objetivos, las personas se involucran en determinadas ocupaciones porque tienen un propósito específico. Por ejemplo, el propósito de las ocupaciones de una familia en la que los padres organizan actividades con sus hijos es el estar juntos, compartir sus vidas, y aprender todos de la experiencia. La ocupación tiene un componente temporal. Por una parte está el contexto, es decir las actividades que la preceden y la suceden; además la propia ocupación tiene un principio, un intermedio y un final. Por otra parte, la ocupación se extiende a lo largo del tiempo, y es a través de las ocupaciones donde las personas organizan su propio tiempo.

El tiempo nos llega en ciclos que dan forma a los patrones recurrentes de lo que hacemos. En gran medida, sabemos lo que debemos hacer por la medición del tiempo. Términos como la hora de la comida, la hora del juego o la semana laboral ilustran el modo en que están entrelazados los patrones de tiempo y del hacer (6). La acción humana, puede ser dividida

en secuencias, estados y fases como el curso de una enfermedad. Las personas pueden experimentar el tiempo de forma diferente y esa percepción temporal puede cambiar el procedimiento de la acción. Diversos autores como Clark (1998) y Fisher (1995) identifican la organización temporal como un área de habilidad. Estas percepciones temporales cambian con la experiencia ocupacional. Una cuestión importante para investigar sería la exploración de la experiencia ocupacional en relación al modo de vivir, percepción del tiempo y las habilidades de organización temporal. (5)

Por último, un rasgo de la ocupación humana es que se produce en un mundo físico que condiciona sus actos y se ve modificado por ella. Existe una influencia entre factores ambientales y del contexto como las condiciones económicas, el clima y cosas que afectan a las personas como el entorno próximo y el modo de vivir.

PROCESO OCUPACIONAL

Los científicos de esta materia también dirigen sus investigaciones hacia la comprensión de cómo ocurren las ocupaciones y cómo son las experiencias subjetivas de los individuos en sus actuaciones ocupacionales. Esto se refiere al proceso dinámico que incluyen las ocupaciones. Se trata de entender a cada persona realizando las ocupaciones a su modo, según dice Nelson (1988) cuando habla de actuación ocupacional.

Desde esta perspectiva la ocupación es analizada como múltiple, como un proceso entrelazado entre el actor, el entorno y el desarrollo de la ocupación. Un ejemplo de esto lo encontramos en el Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT, 1997) que se estructura de forma circular con un triángulo en el centro que representa los elementos que interactúan en la actuación ocupacional. Este triángulo central comprende los cuatro componentes básicos de la actuación (afectiva, espiritual, cognitiva y física), situando la espiritualidad en el centro. Debajo del triángulo está el círculo central de los componentes de la ocupación (cuidado personal, productividad y ocio) y rodeando a este círculo se encuentra el círculo externo que representa los entornos (físico, institucional, cultural y social).





La decisión de colocar la espiritualidad en el centro del triángulo de actuación se basa en la premisa de que este componente es central en todas las actividades y proporciona significado a la ocupación y a la vida diaria. Está relacionada con las tradiciones culturales pero también comprende los valores personales, su significado y su valor, el sí mismo central, que es la base de la acción y del impulso. La acción se desarrolla a través de estos tres componentes:

- **Acción:** componentes físicos que comprenden las habilidades motoras, sensitivas y sensitivomotoras.
- **Pensamiento:** componentes cognitivos del intelecto, de la percepción, de la comprensión, de la concentración, del juicio, de la razón.
- **Sentimiento:** componentes afectivos relacionados con las áreas emocionales y sociales en las áreas personales e interpersonales.

El círculo interior sitúa la ocupación en tres áreas conocidas (cuidado personal, productividad y ocio).

Alrededor del círculo central se encuentra el círculo externo, que representa el entorno, se consideran cuatro áreas diferentes:

- **Entorno físico**, compuesto por los elementos donde se desarrolla nuestra vida: edificios, equipamiento, carreteras, naturaleza, clima, tecnología, etc.
- **Entorno social** que incluye las prioridades sociales dentro de la comunidad, grupos sociales, los intereses comunes, las actitudes, las creencias y las relaciones.
- **Entorno cultural**, que incluye la raza, las rutinas, las tradiciones.
- **Entorno institucional** que determina las políticas, procedimientos y prácticas e incluye áreas como la legal, la política y la económica.

Haciendo categorías de diferentes aspectos de la actuación ocupacional como los componentes de la ocupación (espiritual, pensamiento, sentimiento), las áreas (productividad, ocio y autocuidados) y el entorno, aparecen dos cuestiones generales para la investigación:

- Qué abarca en cada aspecto
- Cómo estos aspectos se influyen unos con otros

Por ejemplo, Primeau (1996) investigó aspectos específicos de la acción de correr, tales como el efecto que la carrera tiene en el subsistema físico de las personas y cita la experiencia de la carrera por parte de un corredor como exploración y expresión de sí mismo. Otros han investigado la interacción de los diferentes componentes de la actuación ocupacional. Un estudio realizado por Fuller y Trombly (1997) investigó la interrelación entre la acción motora y el entorno físico, analizaron cómo las personas agarraban los mangos de las tazas de diferentes formas y tamaños. Wu, Trombly, Lin y Tickle-Degnen (1998) investigaron la diferencia en la calidad de la acción motora entre un acto real frente a uno simulado. Thimbodeaux y Ludwing (1998) examinaron la influencia en el esfuerzo

cuando una tarea se hacía con gusto o con desagrado. En el examen de las experiencias óptimas humanas de Csikszentmihalyi (1990), lo que él llama *experiencias corrientes*, revela la relación que existe entre las habilidades individuales y las demandas de la ocupación en las que se comprometen las personas.

Estas son, sin embargo, descripciones relativamente globales de la actuación ocupacional en las que los investigadores tienden a examinar acciones aisladas como por ejemplo llegar a coger una taza o informes de los participantes sobre su experiencia una vez concluida la tarea. Notables excepciones son las de Mattingly y Fleming (1994) con su estudio del proceso del razonamiento clínico expuesto por los terapeutas ocupacionales dentro de las sesiones de tratamiento, las rigurosas observaciones de Pierce (1991) de las estrategias de los niños en el uso para interactuar con los objetos, y la clasificación de Fisher (1995) de las habilidades motoras, procesales, de comunicación e interacción en las tareas familiares.

Haciendo una revisión de lo que ha sido investigado se deduce que los aspectos que no han recibido mucha atención son el tener un conocimiento detallado del proceso de estar comprometido en una ocupación. Esto estudiaría lo que las personas experimentan cuando realizan una ocupación, percibiendo la continua influencia de su conducta en la acción así como del entorno. Por ejemplo, el proceso volitivo de la anticipación a priori de Kielhofner y col. (1995) en donde la experiencia subjetiva en el momento y la interpretación posterior ha sido descrita teóricamente no ha sido estudiada sistemáticamente dentro del marco de la ciencia ocupacional.

Existen conceptos y teorías dentro de otras disciplinas que se pueden aprovechar. Un ejemplo lo encontramos en la *teoría de la acción de Strauss* (1993) dentro del campo de la sociología.

Strauss es una figura clave dentro de la interacción simbólica cuya teoría versa sobre cómo se crea el sentido de las cosas, cómo se mantiene y se modifica a través de la interacción con los otros y con sí mismo (p. ej. la autorreflexión). La teoría de Strauss se basa en el significado de la acción el cual es el aspecto central en la vida de las personas, según afirma.

En la teoría de la acción, como en la ciencia ocupacional, la acción significativa se conceptúa como un *nivel ocupacional* y no como una respuesta refleja o una acción momentánea como espantar una mosca.

La acción en este nivel, dice Strauss, da forma a la sensación de sí mismo, de la identidad y del cuerpo. Consistentemente con la ciencia ocupacional la acción es conceptuada como un despliegue a lo largo del tiempo que en ocasiones se planea conscientemente aunque a menudo se realiza de forma rutinaria. Dentro de la teoría de la acción, las personas se ven como realizadores activos del desarrollo de la acción para conseguir lo que esperan, imaginan opciones y realizan elecciones que les conducen a reorganizarse y continuar la acción.



La teoría incluye el proceso de la acción acoplando diferentes tareas a la vez, obteniendo y manteniendo recursos, decidiendo quien hace el qué, cuándo, cómo y dónde, llevando a cabo tareas en el presente, generando recompensas o castigos, y supervisando y evaluando la realización de la tarea y los resultados.

Además, la teoría de Strauss tiene en cuenta el contexto espacial de las acciones, como qué actos se supone que se hacen en ciertos espacios; aspectos temporales tales como fijar el tiempo, desarrollo, frecuencia, duración y momento de las acciones; cómo comienza el trabajo y se vuelve a adaptar incluyendo el uso de la tecnología y procedimientos; el curso de la información incluyendo quien envía y recibe y cómo ocurre; las estrategias de interacción las cuales definen los modos, las motivaciones, las relaciones y los climas de organización; y las normas, las reglas y acuerdos los cuales dan forma a los actos.

Mientras Strauss se centra en los procesos de interacción humana, la ciencia de la ocupación puede focalizar sus investigaciones hacia los mismos procesos desde la perspectiva del desarrollo y resultados de la ocupación. La idea de que "somos lo que hacemos" lleva implícito que detrás de cada ocupación existe una persona. La ciencia de la ocupación debe explorar esta idea de la naturaleza corporal de las ocupaciones.

Ampliando esta afirmación surgen preguntas sobre qué ocurre con la experiencia de la ocupación que realizan otras personas, qué estrategias utilizan los niños para que otros hagan las cosas por ellos, cómo algunas personas que no tienen mucha experiencia dirigen las acciones de otras, cómo es la experiencia de la ocupación de una persona que ha perdido su independencia, cómo y cuándo las personas contratan a otras para hacer algo y cómo dirigen esas acciones.

Strauss afirma que es a través de las interacciones humanas donde se mantienen los significados de las cosas. Añade que estos significados compartidos se van modificando y generando otros nuevos y también hace hincapié en la gran influencia que tiene el aspecto temporal y espacial. Todo esto influye en lo que la gente hace y las respuestas emocionales ante sus ocupaciones.

Desde el punto de vista de la ciencia ocupacional, las investigaciones se dirigen hacia cómo influyen en las creencias y valores de las personas las ocupaciones que ellos realizan, qué experiencias ocupacionales pueden mantener o modificar esos valores a través del cambio de ocupación, y cómo la gente a través de sus actos justifica sus creencias.

Strauss señala que en la sensación de "sí mismo" entran virtualmente todas las acciones, las personas se reconocen por sus acciones y a otras personas por las suyas, de tal modo que son conscientes de las acciones que realizan y de las sensaciones que les producen. Tales perspectivas no son desconocidas a los científicos de la ocupación. Kielhofner, por ejemplo, reconoce que las elecciones volitivas no pueden ser entendidas sin considerar las sensaciones comunes de las personas de quienes son ellos y el tipo de cosas que hacen, esas emociones proceden y están influidas por las experiencias ocupacionales.

La ciencia de la ocupación considera cómo la ocupación contribuye al desarrollo de la sensación o conciencia de sí mismo y afecta al estado emocional, a la vez que se ve influenciada por esta.

Tan importante es para una persona el sentido de sí misma como la reflexión sobre sus propias acciones o las de otras personas antes, durante y después de su actuación ocupacional en términos de si los actos fueron o no divertidos, exitosos, eficientes, perjudiciales, peligrosos, bonitos...

Strauss afirma que los objetivos de las personas y el significado que les dan pueden cambiar. Esto es la base del aprendizaje a través de la experiencia, y es consistente con lo que dicen los investigadores de la ocupación sobre el aspecto subjetivo de la ocupación (Yerxa y col. 1990). En determinadas situaciones parecen no ser racionales las actuaciones de las personas o así pueden parecerlo, por lo tanto, un aspecto a investigar podría ser el proceso de elegir los objetivos de una ocupación y el éxito que pueda tener.

Otro aspecto que identifica este autor alude a la acción compartida en donde se requiere la participación de varias personas con un objetivo común, la división del trabajo, supervisión de la tarea, etc. Así mismo la ciencia de la ocupación estudia qué ocurre cuando las personas trabajan juntas para coordinar sus actuaciones de modo que se pueda conseguir el objetivo perseguido y cómo son estas negociaciones a lo largo del tiempo, cómo se transmite la información a los nuevos que entran, qué habilidades son necesarias para el reparto de las tareas; cómo los individuos equilibran sus ocupaciones de forma que pueden hacer una labor productiva a la vez que comparten ocupaciones con su familia y red social.

Otra cuestión que surge es sobre las ocupaciones problemáticas que con frecuencia producen en las personas un proceso de cambio de identidad, por consiguiente otro de los campos a investigar por la ciencia de la ocupación sería la influencia del contexto sociocultural de la ocupación y la habilidad de las personas para conseguir resultados positivos en sus ocupaciones diarias, su familia y la comunidad.

También es importante investigar qué ocurre cuando una ocupación es interrumpida, alterando la rutina de la persona y cómo las personas van reestableciendo el curso de la acción para eliminar los problemas y volver a crear unos hábitos de ocupación.

LA IMPORTANCIA DE LA OCUPACIÓN EN LA SALUD

La salud y la productividad están estrechamente ligadas: la pérdida de una de ellas puede ocasionar la pérdida de la otra, con la consiguiente dependencia, declive físico, psicológico y mental e incompetencia, mientras que la productividad, la participación, la responsabilidad y la sensación de ser útil producen un efecto favorable sobre la salud.



Científicos de la ocupación humana como Wilcock (1998), Yerxa (1998) y Law y sus colegas (1998) por nombrar a unos pocos ya centraron su estudio en ello. También influyen el estrés, la percepción de control, el aburrimiento y la habilidad en relación a la exigencia de la tarea

Clark y sus colegas (1997) presentaron un informe sobre un ensayo clínico randomizado incluyendo a 361 personas mayores el cual demostraba que la ocupación preventiva podría mantener y aumentar la salud, medido en el RAND 36-item Health Status Survey.

El modo en que la ocupación influye en la salud ha sido objeto de estudio de varios investigadores. Wilcock (1993, 1998) declara que la ocupación es el mecanismo por el cual las personas satisfacen sus necesidades básicas. Esta afirmación procede de un examen detallado de Wood (1998) sobre los patrones ocupacionales de un grupo de chimpancés viviendo en cautividad. Basado en estos hallazgos, Wood afirma que los humanos tienen una necesidad biológica para las ocupaciones la cual tiene una continuidad filogenética con la raíz de las ocupaciones de forrajeo, construcción del nido, juego, aseo y manipulación de objetos.

Ampliando las explicaciones sobre la salud, se sabe que la adaptación a la ocupación y a las exigencias ambientales es un factor de salud, donde la persona desarrolla estrategias de adaptación (respuesta adaptativa del comportamiento), configuración de las actividades utilizando los recursos que tiene a su alcance (King, 1997), (Frank, 1996).

Ejemplos de las diversas aplicaciones del concepto de adaptación incluyen las palabras de Nelson (1998) "*la gente se puede cambiar a sí misma a través de la ocupación*", un proceso al que él denomina adaptación ocupacional; la descripción de Rosenfeld (1998) sobre la manera en que la gente se reestablece después de que se haya quemado su casa; y la estrategia de Kellegrew (1998) para ayudar a los padres de los niños con discapacidades y proporcionarles oportunidades de que aprendan las habilidades básicas de autocuidado. Jackson (1998) habla sobre el valor adaptativo de la ocupación en términos de ofrecer oportunidades para imaginar un futuro posible y una ocupación integradora apropiada la cual ella denomina "*reconstrucción de sí mismo*".

Los terapeutas ocupacionales saben que el estado de salud mejora a través del compromiso ocupacional desarrollado con las habilidades, capacidades y edades apropiadas. Adaptación y desarrollo son las claves de las ocupaciones terapéuticas. La relación entre ocupación y salud también se explica en la satisfacción del "hacer diario" y un equilibrio saludable entre las ocupaciones, de ello habla Adolf Meyer, uno de los pioneros de la terapia ocupacional. El mantener una sensación coherente de sí mismo y teniendo una sensación de control sobre los eventos es la base de un envejecimiento con éxito.

En este campo queda mucho por investigar y va a ser difícil debido a la diversidad de opiniones del modo en que la ocupación influye en la salud.

FORMACIÓN CONTINUADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

La ética profesional obliga a los terapeutas ocupacionales, a mantenerse actualizados con los cambios en la sociedad, la medicina y la práctica de la terapia ocupacional. Por ello es importante que todos los terapeutas ocupacionales tengan un compromiso de formación continua durante su vida.

Las oportunidades para mantenerse actualizado en la práctica diaria así como en la adquisición de nuevos conocimientos son limitadas por su elevado coste y por la disponibilidad de los recursos (7).

Por este motivo las asociaciones y colegios profesionales de terapia ocupacional deberían marcarse como objetivo prioritario tener planes de formación continua que satisficieran las necesidades de los profesionales.

Aunque en nuestro país no es así, en muchos otros países las leyes obligan a que cada terapeuta realice cierto número de horas de formación anual para conservar el título. Es muy importante que todos los profesionales mantengan su competencia utilizando las fuentes de información disponibles y desarrollen actitudes que favorezcan el aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hinojosa, J. *Occupation and continuing competence, OT Practice*. Ju y 7 2003. P. 9-10
2. Clark, F., Larson, E. *Desarrollo de una disciplina académica: la ciencia de la ocupación*. En: Hopkins, H Wi ard/Spackman Terapia Ocupaciona , 8ª ed. Editoria Médica Panamericana 1998. p. 48
3. <http://www.usc.edu/schools/ihp/ot/os/>
4. Turner, A. *La ocupación como terapia*. En: Turner, A., Foster, M. y Johnson, S. *Terapia Ocupaciona y Disfunción Física*. Elsevier España. 2003. p. 25-32
5. Hocking, C. *Occupational Science: A Stock Take of Accumulated Insights*. *Journal of Occupational Science*, August 2000, 7. 2 p. 58-67
6. Kielhofner, G. *Introducción al Modelo de Ocupación Humana*. En: Kielhofner, G. *Terapia Ocupaciona. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Editoria Médica Panamericana. 2004.
7. Hopkins, H. Smith. *Introducción a la Terapia Ocupaciona*. En: Wi ard/Spackman Terapia Ocupaciona , 8ª ed. Editoria Médica Panamericana 1998. p. 6.



Marié-Josée Tessier

Licenciada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Montreal (Canadá) en 1985, certificada en integración sensorial por Sensory Integration International (California, EE.UU.) y directora de la Clinique pédiatrique de dysphagie et d'ergothérapie, de Montreal (Canadá)

P. Son muchas las curiosidades que me vienen a la cabeza sobre la Terapia Ocupacional en Canadá. Por eso, quiero comenzar por la base de todo ello. Como bien sabes, ahora mismo en España, la Terapia Ocupacional es una diplomatura de tres años de duración. Para acceder a la diplomatura es necesaria una nota, que se denomina nota de corte. Los profesores que imparten clases no son todos terapeutas ocupacionales, sino que en alguna escuela de Terapia Ocupacional no hay terapeutas ocupacionales impartiendo clases. Por eso me gustaría saber, cuánto duran los estudios en tu país, qué posibilidades hay de especialización, qué asignaturas clave hay, y que tipo de profesorado las imparte, así como el tiempo de duración de las prácticas.

R. En Canadá los estudios de Terapia Ocupacional son una licenciatura y dependen de las facultades de Medicina. En los primeros cursos imparten clases profesores de diferentes disciplinas (médicos, psicólogos, etc.) y en los últimos cursos los profesores que imparten las clases son exclusivamente terapeutas ocupacionales.

En Canadá también es necesaria una nota de corte para acceder a los estudios de T. O. Por cierto, es la misma que para Medicina.

Las prácticas se hacen según las normas de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (W.F.O.T., siglas en inglés); es decir que hay un mínimo de 1.000 horas y se realizan bajo la supervisión de terapeutas ocupacionales experimentados.

Hay una posibilidad de hacer un máster, que serían dos años más de estudio e investigación. A partir de 2008 será necesario ese título para practicar la Terapia Ocupacional en Canadá. Además los profesores de Terapia Ocupacional son doctores en Terapia Ocupacional.

P. Pongamos que ya somos terapeutas ocupacionales canadienses y nos encontramos en ese punto que asusta un poco, y que no es otro que la práctica profesional ¿Cuál es el primer paso a seguir?

R. Una vez finalizado tus estudios debes acudir al colegio profesional que te corresponda. Por ejemplo, en Québec nos colegiamos en la Orden de Terapia Ocupacional de Québec (O.E.Q., siglas en francés) y en el resto de provincias de Canadá se afilian al colegio correspondiente. Después de comprobar tu titulación te dan el Título Reservado de Terapeuta Ocupacional, ya que sin él no puedes ejercer.

P. ¿Qué es el Título Reservado?

R. Es un título que otorga un colegio profesional y que es imprescindible para poder ejercer la profesión, ya que cuando vas a solicitar un trabajo es lo primero que te exigen.

P. Aquí los terapeutas ocupacionales se organizan a través de las asociaciones profesionales de las distintas comunidades autónomas ¿Cómo os organizáis en Canadá?

R. En Québec se creó la Orden de Terapia Ocupacional de Québec, que en francés la llamamos ORDRE DES ERGOTHERAPEUTES DU QUEBEC. Como he comentado es la que te da el Título Reservado, además de tener otras funciones, y es a la que yo pertenezco. Cada provincia tiene un organismo que se ocupa de los aspectos legales de la profesión. La Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (C.A.O.T., siglas en inglés) se dedica principalmente a labores de difusión y ejerce como grupo de presión ante otras instituciones.

P. ¿Cuál es la cuota que hay que pagar por pertenecer a la O.E.Q.?

R. Unos 500 dólares canadienses anuales, que viene a ser unos 300 euros.

P. ¿Qué servicios ofrece la O.E.Q. a los asociados?

R. Además del Título Reservado también se encarga de la: difusión en el ámbito gubernamental e institucional, la responsabilidad civil, la evaluación de los terapeutas ocupacionales asociados para asegurar la buena práctica profesional y la investigación en Terapia Ocupacional.

P. Actualmente, aunque cada vez menos, se considera a la Terapia Ocupacional una carrera con futuro, sobre todo en aquellas comunidades autónomas en donde no hay escuela. Pero hay muchos profesionales de algunos lugares que se ven obligados a emigrar. ¿Cómo está la salida profesional en Québec?

R. A pesar de los 300 terapeutas ocupacionales que se gradúan en Québec cada año, aún hay salida profesional. Sin embargo muchos terapeutas ocupacionales emigran a EE.UU. porque allí ofrecen unas mejores condiciones económicas.

P. En España, como en casi todo el mundo, está creciendo la población anciana, y por ello nuestra profesión crece al unísono. Desde que tú has terminado tus estudios, ¿en qué campo ves que se ha investigado más y en cuál menos?



R. En Pediatría se ha evolucionado más por la especialidad, y en Psiquiatría menos. Pero sin lugar a dudas la Geriatría es la más demandada.

P. Actualmente la asistencia domiciliar es la gran desconocida de nuestra práctica profesional. ¿Sucede lo mismo en Quebec?

R. En Quebec se trabaja mucho este campo. Existen equipos que se desplazan a los hogares de los pacientes y asisten y valoran "in situ". En otros casos es el propio terapeuta ocupacional el que se desplaza para realizar la valoración.

P. De todos es sabido lo dificultoso, y necesario al mismo tiempo, que es el trabajo multidisciplinar para la óptima práctica profesional. En Québec, ¿cómo lleváis a cabo la valoración multidisciplinar?

R. En cada clínica u hospital, el paciente va pasándose por cada servicio, y así cada profesional realiza sus propias evaluaciones para, posteriormente, ponerlas en común. No hay que perder de vista que un buen trabajo multidisciplinar es la base de un buen tratamiento.

P. Los terapeutas ocupacionales nos tenemos que enfrentar en España a los injustos contratos en prácticas, así como a convenios que nos perjudican, con lo cuál cobramos salarios que no son los que deberían corresponder a una diplomatura universitaria. ¿Cómo es la situación en Quebec?

R. Allí el salario anual es de unos 30.000 dólares canadienses, unos 18.000 euros.

Durante los primeros años, cada seis meses tienes una subida de sueldo. Luego, cada año y cada dos años, hasta llegar a cobrar un máximo de 65.000 dólares canadienses, unos 39.000 euros.

P. Como comentaba anteriormente, nuestra disciplina es

la gran desconocida en muchos ámbitos de la sociedad. Todos hemos sido víctimas del Tera... ¿qué? ¿Sucede esto mismo en Canadá?

R. En Canadá está perfectamente reconocido el ámbito social de la Terapia Ocupacional, aunque siempre surgen algunas confusiones.

P. ¿Cuáles son las principales diferencias que encuentras entre la Terapia Ocupacional canadiense y la española?

R. La inexistencia del Título Reservado y las carencias formativas reflejadas en la falta de profesores terapeutas ocupacionales en las escuelas.

P. Una de las primeras cosas que pregunto a una colega siempre es por qué eligió Terapia Ocupacional y no cualquier otra disciplina. Muchas de las respuestas que recibo indican como causa la casualidad, el dinero, el haber sido la última opción, el tratarse de algo desconocido....Y tú ¿por qué Terapia Ocupacional?

R. Me encantaba la idea de ser médica, pero un buen día, quizás por destino, cayó en mis manos un folleto de Terapia Ocupacional y me interesó, ya que es la única disciplina que tiene por objetivo conseguir que una persona recupere la autonomía.

P. Ahora para finalizar me gustaría satisfacer otra curiosidad: ¿qué es para Marie-Josée Tessier la Terapia Ocupacional?

R. Conseguir que los niños (la Pediatría es mi campo) recuperen su autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, que se vistan, coman, vayan a la escuela, jueguen, etc...

Agradecemos nuevamente a Marie-Josée Tessier su opinión y la transmisión de su conocimiento, que nos deja huella del buen saber profesional.

CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA

BEAUDRY BELLEFEUILLE

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

Teléfono: 609 75 09 62





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 neces-

saria. 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 medicaid 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, Swizerland. 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>



Clinique Pédiatrique de Dysphagie et d'Ergothérapie

Pour troubles d'alimentation chez l'enfant

Siège social: 5980, 1er avenue, #2, Montréal, Qc H1Y 3A6

Pour un RV au Médi-Club - 6100 du Boisé, Montréal



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Empresa N.I.F.

Apellidos

Nombre

D.N.I.

Domicilio

Población

C. Postal Provincia.....

Teléfono..... Fax

Correo electrónico

Puesto de trabajo actual.....

FORMA DE PAGO

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

En, a dede

Firma

D.N.I

.....

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

Más información en:

aptopa@latinmail.com





III BECA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO "SUSANA RODRÍGUEZ"

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

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

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

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

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

5. Los proyectos se enviarán antes del 30 de Junio de 2.005 a la siguiente dirección: Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias. Apd de Correos 1834-33080 Oviedo. Indicando en el sobre "III BECA SUSANA RODRÍGUEZ". Los proyectos no seleccionados serán destruidos inmediatamente después del fallo del jurado.

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

7. Se establece una Beca de 300€ para el desarrollo del proyecto. Se entregarán 100€ cuando sea público el fallo. El resto 200€ , se entregarán a la presentación del trabajo, siempre antes del 31 de Diciembre de 2.005.

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

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

Revista
Asturiana de
Terapia
Ocupacional