

Revista Asturiana de Terapia Ocupacional



n.º4

Diciembre 2006



SUMARIO

CARTA DEL DIRECTOR pag. 3

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Saray de Paz Ranz, Rocío Maderna Dallasta y Jose Angel Guitiérrez Sevilla pag. 4

LABORAL

EL LIBRE EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE TERAPEUTA

Emilio Álvarez Mendoza pag. 12

ENTREVISTA

ROSA MATILLA pag. 15

PÁGINAS ASOCIACIÓN

MANIFESTACIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN MADRID pag. 22

CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL pag. 23

NORMAS DE PUBLICACIÓN pag. 25

V BECA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO "SUSANA RODRÍGUEZ" pag. 27

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

CONSEJO DE REDACCIÓN

Saray De Paz Ranz

Elena Díaz Cáceres

Gabriel Sanjurjo Castelao

FOTO PORTADA: I.P.R (Madrid)

Antigua Sede de la Escuela Nacional de T.O.

Realizada por Gabriel Sanjurjo

aptopa@latinmail.com

IMPRIME

IMPRESA GOYMAR

Padre Suárez, 2

33009 OVIEDO

Depósito Legal: AS-02720-2005

I.S.S.N: 1699-7662



Por fin se ha aprobado el pasado 30 Noviembre y publicado en BOE el 14 de Diciembre la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LPAPAD), más conocida como la Ley de Dependencia. Mediante esta Ley se pretende desarrollar un Sistema para la Autonomía y de atención a la Dependencia. Muchas incógnitas se plantean en estos primeros meses de aplicación. En principio parece que no está del todo clara la realidad del fenómeno de dependencia, ya que las encuestas realizadas hasta el momento dejan algunas lagunas acerca del tema. Es posible que el número de dependientes sea aún mayor (algo parecido al efecto iceberg) ya que las personas con familiares dependientes, sobre todo en entorno rural, tienden a asumir como propia la carga del cuidador, algo normal y que se realiza porque hay que hacerlo, no como una carga susceptible de amparo económico. Además las familias no identifican claramente una situación de dependencia de otra situación natural/fisiológica en el proceso del envejecimiento (sobretudo). Este factor puede hacer que a medida que el sistema se desarrolle y se difundan y amplifiquen los conocimientos acerca de la dependencia el número de situaciones de dependencia se vea aumentado.

Parece que la Administración asturiana tiene claro que la presencia de terapeutas ocupacionales es fundamental en el desarrollo de este sistema de atención. Esto es fundamental, tengo la sensación que solamente se habla de la dependencia y poco, por no decir nada, de la Autonomía. No es bueno. Hace unos años asistí a una reunión de profesionales de la rehabilitación psiquiátrica en donde discutíamos aspectos que se habían planteado como positivos para la integración social, pero que la realidad había vuelto en contra de la finalidad última. Una trabajadora social puso un ejemplo muy gráfico, en USA debido a la situación de desprotección que sufrían las mujeres víctimas de violencia doméstica se crearon ayudas económicas para compensar esa situación. Tuvo un resultado aún hoy controvertido y es que, en los ghettos de población afroamericana y bajo nivel económico, se dispararon este tipo de denuncias, por encima de lo racionalmente esperado. Los que trabajamos en la integración laboral de los Trastornos Mentales Severos sabemos de sobra que fácil es buscar la colaboración familiar para pensionar a un chaval de 21 años con diagnóstico de esquizofrenia, conseguirle un certificado de minusvalía del 65%, una Pensión No Contributiva, pero cuando planteamos cualquier movimiento para la inserción laboral (de sobra demostrado como uno de los indicadores más reales del nivel de ajuste social) se echan para atrás. Casi siempre por el tema económico. De ahí que se haya tenido que ajustar varias veces las Leyes relacionadas con el empleo de los discapacitados. El resultado, aún ahora, es siempre el mismo, "más vale pensión en mano, que sueldo volando". De esta forma se refuerza la situación de dependencia y de estigma social y no se favorece la autonomía personal. Para que ese sistema se desarrolle mirando hacia la autonomía y no hacia la dependencia es piedra angular la presencia de los terapeutas ocupacionales. Introducir la filosofía basada en la recuperación y automantenimiento. Sustituir en la medida de lo posible la identificación de estado del bienestar con el estado excesivamente paternalista/protector, articulando las medidas y desarrollando estructuras para la autonomía personal. Un buen comienzo es la inclusión de los TO en los equipos de valoración.

Otra duda me invade. Cuando un *valorador* haya valorado a, pongamos por caso, un ACVA de seis meses de evolución con una dependencia moderada y le haya dicho a la familia que NO HAY recursos para la intervención con su padre pero que pueden tener derecho a una prestación económica para cuidados en el entorno familiar (art. 18.). Es probable que, en algunos casos, la familia se plantee "engordar" las situaciones para las cuales el paciente necesita ayuda. La lógica es bien sencilla: a más ayuda- más ayuda \$. No es difícil imaginarse la situación: "Papá hoy viene el valorador del Principado, ya sabes que no tienes que mover bien el brazo. Si quieres caminar me llamas siempre... y si te pregunta si comes solo, dile que no, que la comida te la tengo que dar yo". Ya no hablemos cuando sea una persona mayor dependiente para todas las AVD que vive con su mujer de 75 años con pluripatología asociada. Que es que de repente se van a construir las residencias para asistidos necesarias para toda esa población...

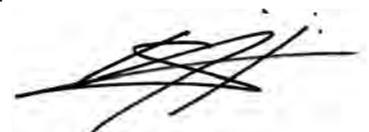
¿Qué solución se plantea? La figura de un asistente personal *para la promoción de la autonomía de las persona con gran dependencia* (art.19) y hace referencia a las Actividades básicas de la Vida Diaria. Esperemos que este asistente recuperador de las AVD sea un TO, de lo contrario acabamos de perder un terreno que no volveremos a recuperar.

Comenta Rosa Matilla en la entrevista que, en relación con la LPAPAD se habla mucho de funcionalidad, AVD`s, y poco de Terapia Ocupacional. Comparto al 100% la opinión, esperemos que las cosas cambien...

En otro sentido por fin se ha incluido "Terapia Ocupacional" en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (edición 25).

Quiero aprovechar también para animar a los compañeros de Madrid, en concreto a los de la Asociación madrileña. Parece que la Comunidad de Madrid tiene parado sin motivo aparente la creación del Colegio Profesional. Estamos ante otro de los numerosos agravios para con esta profesión. Los compañeros de la Asociación madrileña nos están dando un ejemplo de lucha, firmeza y unión en sus postulados. No cabe duda de que conseguirán llegar a buen término. Mientras tanto que sepan que pueden contar con el apoyo de la Revista Asturiana de TO, y espero que el de todos los terapeutas ocupacionales asturianos, para lo que puedan necesitar.

El Director



COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA THERAPEUTIC COMMUNICATION

Saray De Paz Ranz ¹
Rocío Maderna Dallasta ²
Jose Angel Gutiérrez Sevilla ³

● RESUMEN

La comunicación consiste en una interacción entre dos o más personas, en la que interviene un intercambio de información entre un emisor y un receptor. Es un aspecto esencial de la experiencia humana, e implica la expresión de emociones, ideas y pensamientos mediante un intercambio verbal y no verbal. Cuando el proceso comunicativo se pone al servicio de las acciones que favorecen el bienestar del paciente es cuando alcanza el calificativo de Terapéutica.

La comunicación es el pilar fundamental de la relación que debe establecer el profesional con los pacientes a los que atiende. Independientemente de las características individuales, la comunicación es un proceso que puede ser observable, objetivado, y lo que más interesa, puede ser enseñado y aprendido.

● PALABRAS CLAVES

Comunicación terapéutica, terapia ocupacional, rehabilitación.

● INTRODUCCIÓN

Desde siempre se ha valorado la comunicación terapéutica como un arma de primer orden dentro de las estrategias de intervención con los pacientes. Fue A. Meyer quien primero se ocupó en desarrollar su importancia para la Terapia Ocupacional (basándose en técnicas aplicadas en el Tratamiento Moral). El terapeuta ocupacional ha de estar preparado para hacer frente a múltiples situaciones en las cuales ha de modular los registros que emita para con seguir un fin, rehabilitador o no, pero siempre de acorde con los objetivos propuestos. Las variaciones dentro de este campo son casi infinitas por cuanto está sujeto a la individualidad de los pacientes. Aunque el profesional sanitario experimentado actúe casi intuitivamente, y la mayoría de las veces de forma correcta, cabe realizar un análisis de los componentes más importantes que tienen cabida en la comunicación terapéutica y que son válidos para todos los profesionales sanitarios. Antes de realizar dicho análisis merece la pena hacer unas consideraciones:

¹ Terapeuta Ocupacional. Hospital Monte Naranco. Oviedo-SESPA

² D.U.E. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario.Oviedo-SESPA

³ D.U.E. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría.

● ABSTRACT

Communication consists of an interaction between two or more persons and at the same time, there is an exchange of information between a transmitter and a receiver. It is also an essential aspect of the human experience and it implies the expression of emotions, ideas and thought a verbal and non-verbal interchange. It is only when the communicative process is used in services of those actions that favour the patient's welfare that can be named as Therapeutic.

The communication is the main base of the relation that any professional must establish with the patients that he or she serves. Without taking into account the individual characteristics, the communication is a process which can be observed, contrasted, and the most important, it can be taught and learnt too.

● KEY WORDS

Therapeutic communication, occupational therapy, rehabilitation.

Está claro que existen unas reglas comunes en la comunicación terapéutica. Pero estas reglas están sujetas a las patologías que se traten, los objetivos planteados y el momento terapéutico. En este sentido nada puede ser más esclarecedor que las patologías encuadradas dentro de trastornos de personalidad (TP). Estas reúnen una serie de rasgos comunes pero la comunicación terapéutica con un TP histriónico dista mucho de ser similar a la planteada con un TP límite. En otro tipo de patología (neurológica) uno de los aspectos a tener en cuenta es la resonancia afectiva del momento. Imaginemos un paciente que acaba de sufrir una ACVA, en el momento previo era una persona totalmente autónoma, desarrollando un trabajo y llevando una familia, es pues lógico que presente sintomatología depresiva de forma reactiva. El terapeuta ocupacional ha de conocer como relacionarse en ese momento con el paciente para lograr los objetivos rehabilitadores. Aunque se vean reglas generales SIEMPRE estarán supeditadas a la variabilidad individual. Hay que tener en cuenta que este artículo está

realizado por profesionales que trabajan en campos muy diversos.

Otra consideración forma parte del rol que asume el terapeuta ocupacional en su relación con los pacientes. En la mayoría de los campos de actuación de los terapeutas ocupacionales este no pasa de ser un mero conocedor/enseñador de técnicas. La parte activa del tratamiento ha de ser el propio paciente, contando con su colaboración ("no se puede ayudar a quien no quiere ser ayudado"). Los terapeutas ocupacionales no "curan por imposición de manos", sino hacen formar parte del tratamiento a los propios pacientes para que sean los motores de su propio cambio. Esta idea (que puede parecer muy entroncada en el Modelo de Ocupación Humana de Kielthoner)



queda puesta de manifiesto "transprofesionalmente" cuando se habla de la continuidad de cuidados. Realmente es inútil enseñar a un paciente técnicas de modificación de tono muscular y control de movimiento si esto no lo aplica a sus Actividades de Vida Diaria. Pero se va más allá, es igualmente inútil si el paciente no lo generaliza a su entorno, casa, rutinas... y lo interioriza como propio. Sería entonces una mera "rehabilitación de salón".

No existe un resultado efectivo. El terapeuta ocupacional debe mostrar el camino al paciente. Hacerlo cómplice de él. Acompañarlo en ese camino de rutina y esfuerzo, adaptándose a las exigencias del propio paciente, de la patología y del entorno. Pero el camino ha de recorrerlo el propio paciente. Desde el primer momento el terapeuta ocupacional ha de ser consciente que, por mucha sabiduría que atesore y por mucho que domine las técnicas, es el paciente-entorno quien va a marcar el resultado terapéutico. La única manera de optimizar ese resultado es "ganándose" al paciente para conseguir el fin último, que es el mayor grado de autonomía/funcionalidad. Esta piedra angular la constituye la comunicación terapéutica. Es más, ocurre a veces que los resultados no son positivos por muchos esfuerzos que se pongan por todas las partes. En este caso, aún sin resultados, si la comunicación terapéutica fue real, honesta y desde la veracidad el paciente se habrá sentido "bien tratado".

Siendo fundamental la comunicación en el acto terapéutico resulta chocante la poca importancia que se le da en la formación pregrado de los diferentes profesionales sanitarios. Este vacío no está de acuerdo con la demanda que se hace en la formación postgrado, ya que es uno de las áreas más solicitadas y en la que la mayoría de los profesionales se forman

de manera autodidacta. Este artículo pretende acercar la comunicación terapéutica de forma básica a los lectores, con el fin de buscar la aplicación de forma inmediata y despertar inquietudes acerca de este campo.

● CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

En el campo asistencial la comunicación terapéutica tiene una importancia elevada. Este proceso no sólo implica un intercambio de ideas y sentimientos, es una *herramienta* que contribuye a favorecer cambios en la conducta del paciente, influyendo de forma directa en el éxito de las actividades de terapéuticas. Y por último hay que tener en cuenta que la comunicación es elemento fundamental e indispensable para establecer una *relación* provechosa con el paciente.

En el proceso comunicativo entre el profesional y el paciente una de las finalidades a conseguir es la de preservar la autoestima de ambos, para ello se va a dar prioridad a que la comunicación implique la transmisión de *comprensión* y *aceptación* antes que la mera transmisión de datos o informaciones.

Otra de las características de la comunicación terapéutica es la *intencionalidad*. Las interacciones que se realicen con el paciente han de tener un objetivo determinado, que al carecer de él este proceso se torna algo casual y sin sentido profesional. Los objetivos de la interacción si son conocidos por el paciente serán más fáciles de cumplir, pero en algunas ocasiones el estado del paciente hace que sea contraproducente este consenso. Pero la formulación de un objetivo a alcanzar a través de la interacción no implica la rigidez del mismo. En algunos casos dicho fin no podrá lograrse, por el estado o las necesidades del paciente, por lo que se precisa una cierta flexibilidad y dinamismo por parte del profesional para cambiar dicho objetivo por otro más adecuado. Un ejemplo de esta variación sería el del profesional que cita al paciente para realizar una sesión de adiestramiento en el manejo de dinero y tiene que ignorar este objetivo porque era ese día es más urgente disminuir el estado de ansiedad del paciente ante un ingreso fortuito de un familiar cercano.

En la comunicación terapéutica, como elemento fundamental de la relación profesional-paciente es indispensable el *autoconocimiento*. Este autoconocimiento implica el análisis del profesional de sí mismo hasta que sea capaz de determinar las actitudes hacia el cliente o la situación asistencial en la que están. La falta de la comprensión de los sentimientos personales puede suponer un perjuicio a la comunicación, ya que estos influyen y afectan lo que se comunica y el modo en que se hace.

La comunicación no es un proceso aislado entre un emisor y un receptor, un mayor nivel de complejidad

es la consideración de los aspectos subjetivos y personales de ambos, existiendo una dimensión más a considerar y que es influyente en el proceso comunicativo: es la influencia de factores externos que constituyen un marco que envuelve este proceso. El trabajo del profesional sanitario sobre estos factores externos es complejo, sutil y, a veces, muy creativo. Por poner algún ejemplo, en determinadas interacciones es preciso tener en cuenta que el ambiente entre el profesional y el paciente sea un ambiente privado, que favorezca la intimidad; en otros casos es aconsejable que el paciente sea acompañado por un familiar con el fin de que éste sirva como una fuente adicional de datos en caso de dificultades de comprensión de los mismos.

rios y fluctuantes. Este hecho ocurre porque algunas de las consideraciones técnicas, que a continuación se enumeran y explican, al ser poco complejas se utilizan en la práctica diaria, pero lamentablemente de un modo totalmente intuitivo, descuidando de este modo el aspecto técnico de este proceso terapéutico.

● **CONSIDERACIONES FINALES**

La comunicación verbal se desarrolla mediante el empleo del lenguaje, y representa un pequeño segmento de la comunicación humana, pero que es tan influyente como el resto de los aspectos de la comunicación. Por ello, se exponen brevemente una serie de técnicas útiles para dicha comunicación (ver tabla1). El profesional debe conocer estas técnicas.

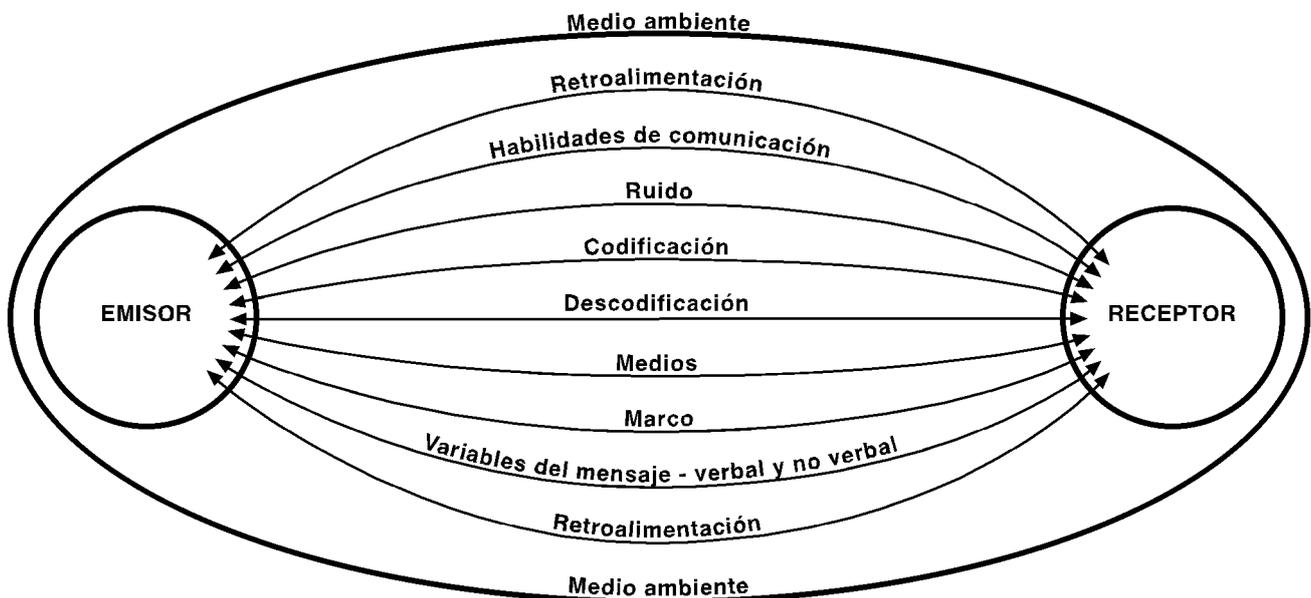


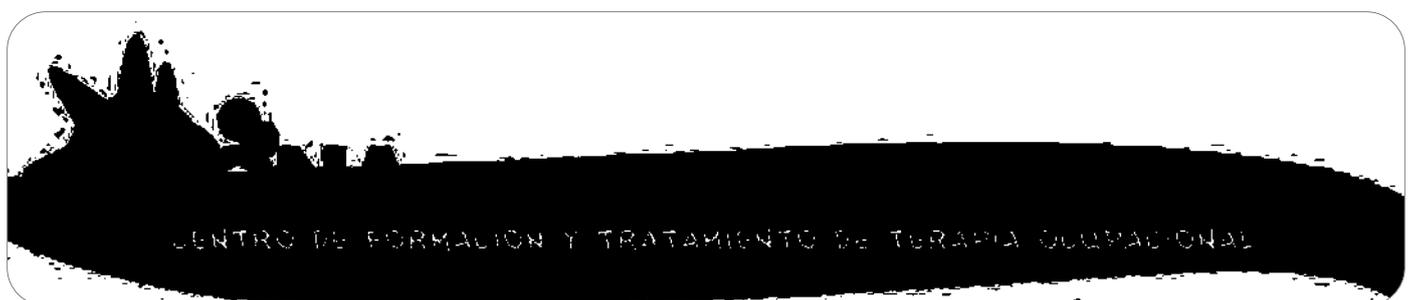
Figura 1: modelo de comunicación de enfermería

● **ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPÉUTICO**

A continuación se desea exponer un análisis técnico con una orientación eminentemente pragmática de la comunicación terapéutica. La realidad de este proceso es que es un aspecto asistencial bastante descuidado, tal vez porque su influencia es muy sutil. Este descuido produce que los resultados (por el manejo de la información por parte del profesional) sean aleato-

● **TÉCNICAS VERBALES DE USO DESACONSEJADO O PERJUDICIALES EN LA ENTREVISTA**

Se ha comprobado que hay una serie de estrategias cuyo uso en una entrevista implica un empeoramiento de la misma y un deterioro de la relación profesional-paciente. Es importante destacar la bidireccionalidad de estas estrategias, puesto que no importa si son utilizadas por el consultante o por





Técnica	Definición	Ejemplo	Valor terapéutico	Amenaza no terapéutica
Escucha	Proceso activo de recepción de información y evaluación personal a los mensajes recibidos.	Mantener el contacto ocular, estar receptivo a los mensajes no verbales y mostrar una comunicación no verbal que exprese recepción.	Se comunica de modo no verbal el interés del profesional y su aceptación del cliente.	No escuchar
Aperturas o propuestas amplias	Animar al paciente a que escoja los temas de conversación.	¿Qué está usted pensando?, ¿En qué piensa?	Indica la aceptación del profesional de los valores e iniciativas del cliente.	Dominar el profesional las interacciones. Respuestas de rechazo ante lo que dice el paciente.
Repetición o nueva exposición	Repetir al paciente los pensamientos principales que acaba de expresar.	Dice usted que su padre lo maltrataba físicamente de pequeño.	Indica que el profesional está escuchando y refuerza y llama la atención sobre algo que el paciente ha dicho.	Falta de validación de la interpretación del mensaje por parte del profesional; enjuiciamiento de las opiniones, mostrar una actitud de defensa.
Clarificación	Intentar expresar con palabras pensamientos del paciente que han quedado poco claros, o pedirle que los explique el mismo.	No estoy segura de lo que me quiere decir. ¿Me lo podría repetir?	Ayuda a aclarar las ideas. Los sentimientos y las percepciones del paciente, y permite establecer una correlación entre ellos y las acciones del paciente.	Los mensajes no se comprueban, la comprensión se da por hecha.
Reflejo o reflexión	Dirigir al paciente sus propias ideas, sentimientos, preguntas y conceptos.	Se siente usted tenso y ansioso ¿se debe a la conversación que tuvo anoche con su hermana?	Comprueba la comprensión del profesional de lo que el paciente quiere decir, y comunica empatía, interés y respeto hacia él.	Estereotipar las respuestas del paciente; hablar en momentos inadecuados; respuestas inadecuadas a las normas culturales y el nivel de educación del paciente.
Concentración o enfoque	Preguntas o afirmaciones que ayudan a un cliente a extenderse sobre un tema importante.	Pienso que deberíamos hablar más de lo sucedido durante la comida.	Permite al paciente que discuta los temas que más le interesan y haga que la comunicación tenga un objetivo definido.	Permitir abstracciones y generalizaciones; cambiar de tema.
Compartir percepciones	Pedir al paciente que compruebe si el profesional ha comprendido lo que está pensando o sintiendo.	Está sonriendo, pero en realidad me parece que está enfadado conmigo.	El paciente se siente comprendido y se aclaran las confusiones.	Retar al paciente; aceptar las respuestas literales; tranquilizar, probar, defender.
Identificar temas de interés	Detectar los temas o problemas que surgen repetidamente durante la relación profesional-paciente.	He notado que en todas las relaciones que usted ha tenido se ha sentido lastimada por el varón ¿cree usted que es un tema importante?	Ayuda el profesional a estimular al paciente sobre el conocimiento de sí mismo y la comprensión de problemas importantes.	Dar consejos, tranquilizar, juzgar.
Silencio	Interrupción de la comunicación verbal con fines terapéuticos.	Sentarse al lado del paciente y comunicarse de forma no verbal interés y afecto.	Así se deja al paciente tiempo para pensar en sus problemas, hace más lenta la evolución de la relación, y anima al paciente a que sea él quien inicie la conversación mientras el profesional le comunica apoyo, comprensión y aceptación.	Preguntar al paciente, preguntar los porqués; incapacidad de romper el silencio terapéutico.
Información	Actividad de dar información.		Contribuye a la educación para la salud sobre aspectos relevantes del bienestar y autocuidados del cliente.	Aconsejar.
Sugerencias	Presentación de ideas alternativas a la solución de problemas.		Aumenta las opciones percibidas por el cliente.	Mostrar prejuicios, aconsejar, momento inapropiado.



el profesional: siempre suponen un deterioro a la relación entre ambos.

- **Rechazo:** Aparece en las conversaciones difíciles, y se suele usar si no se esperan represalias. Implica negarse a dar algo por verdadero o negarse a hacer lo que piden. Una fórmula muy común que indica rechazo es la de "si... pero" o un rotundo "no".
- **Incumplimientos:** Se da en conversaciones difíciles, en los casos en los que se esperan represalias. Un ejemplo lo constituye el no contestar o cambiar de tema.
- **Valoraciones negativas:** Implica que la respuesta de la persona no se ha dado por válida. Un ejemplo muy sutil de una valoración negativa es volver a repetir la pregunta, o que tras el discurso del paciente contestarle que cuál es el problema con incredulidad.
- **Robos de turno interrupciones:** Implican una falta de respeto por la otra persona. Desde el punto de vista técnico por parte de un profesional implica su alta reactividad con el paciente, con lo que la información que se obtenga de él reviste poca fiabilidad, y la parte más resolutive de nuestra intervención va a ser poco efectiva.
- **Cuestionamientos de la cualificación:** Implica una reafirmación más o menos explícita de nuestro rol de profesional, con lo que se invalida lo que digamos y distancia nuestra posición de la del paciente.

ma la mayor parte de la información que se transmite entre dos personas, gozando de mayor credibilidad que el lenguaje verbal con lo que ante una contradicción entre los dos canales se considerará como más veraz la información "no hablada".

A continuación se va presentar una breve guía con el fin de lograr un mejor análisis de la comunicación no verbal. Aún así se precisa advertir que un análisis consciente del lenguaje no verbal es muy peligroso, ciertamente hay una serie de signos difundidos por casi todos los individuos y que existe una gran probabilidad de ser interpretados con éxito, pero la interpretación de un signo no verbal de forma adecuada implica un gran conocimiento de la persona que lo realiza, y muchos signos similares contienen significados distintos según sea la persona que los realiza. Por ello se considera más provechoso aconsejar realizar la lectura del lenguaje no verbal tal y como se realiza normalmente: de forma intuitiva.

Habitualmente los mensajes no verbales se integran de una forma más o menos inconsciente, produciendo sensaciones en el receptor. De esta forma se puede afirmar que la ansiedad o la hostilidad se contagia, un mensaje da la impresión que no es real, o como el caso que Julius Fast utiliza para ejemplificar la lectura del lenguaje no verbal en el que comenta que tras la consulta con su psiquiatra, un joven se encaminó a suicidarse a pesar de afirmarle a su terapeuta que se encontraba mejor, y éste logró evitar el acto suicida porque tras la consulta una sensación extraña de falta de veracidad del discurso lo empujó a buscarlo. Esta sensación que se podría calificar de intuición Fast la atribuye a una lectura inconsciente de señales no verbales que indicaban el verdadero estado de ánimo del joven.

Tabla 2: Errores comunicativos más frecuentes.

Dirigir, mandar.	Tranquilizar, consolar, desviar el tema.
Amonestar, amenazar.	Investigar, interrogar.
Moralizar, evaluar, culpar.	Comparar con otras personas.
Aconsejar, dar soluciones inmediatas.	Etiquetar.
Juzgar, criticar, interpretar.	Insultar, ridiculizar, avergonzar.
Simular que estamos de acuerdo, alabar inoportunamente.	

● **ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL**

La comunicación no verbal incluye los cinco sentidos y todos aquellos mensajes que no utilicen el lenguaje escrito o hablado. El lenguaje no verbal confor-

La comunicación no verbal presenta las siguientes categorías:

- **Kinésica:** es el lenguaje corporal. Constituido por la mirada, las expresiones faciales, posturas corporales, ademanes...

- **Paralenguaje:** son los elementos relacionados con el discurso verbal como el tono, la intensidad, el ritmo, la presencia de vacilaciones...
- **Proxémica:** es el orden y distancia de los comunicadores, así como su disposición en el entorno.

Kinésica

Las expresiones faciales.

El rostro es una de las zonas corporales que más información proporciona. Puede transmitir emociones, estados de humor, actitudes, carácter, inteligencia, atractivo, edad, sexo, raza... considerándose de este modo como una fuente de información primaria. Las expresiones faciales comunicativamente se pueden dividir en: *emocionales* y *conversacionales*. Obviamente las emocionales son las que transmiten el estado emocional del sujeto, en cambio las conversacionales acompañan al discurso, constituyendo por sí mismas hasta un gesto social (por ejemplo una sonrisa cuando una persona es presentada a otra).

En el trabajo de un profesional de la salud se ha de tener en cuenta que normalmente lo conversacional y lo emocional interfieren entre sí, como se puede hacer evidente a través de la contención de la expresión emocional cuando no está bien vista socialmente. Por ello se puede considerar a un profesional como buen observador cuando se es capaz de diferenciar lo emocional de lo conversacional, la emoción del humor y las señales filtradas. Uno de los datos que proporciona una información más fidedigna es la zona orbicular debido a la dificultad que reviste para el sujeto el manipularla para ocultar una emoción.

Se desea destacar la presencia de *adaptadores faciales* y *microexpresiones*. Los adaptadores faciales, como los gestuales, son una traducción motora de un estado de incomodidad emocional, como por ejemplo morderse los labios. Las microexpresiones son expresiones faciales momentáneas, inferiores a un segundo, que traducen un estado emocional momentáneo que atraviesa la conciencia del sujeto y que inmediatamente es reprimida para enmascarar dicha expresión.

La mirada.

Posee gran valor comunicativo, junto con las expresiones faciales. Normalmente las zonas que más se observan son los ojos y la boca. La mirada además contribuye a regular las intervenciones en las conversaciones, comprobándose que la persona que habla mira menos a su interlocutor, y que antes de "pasarle" el turno de palabra lo mira directamente.

El profesional sanitario ha de estudiar el valor comunicativo de la mirada. De esta forma un sujeto

que evita el contacto visual quiere mantener una distancia, incluso esconder algún sentimiento, siendo además típico este gesto en los pacientes deprimidos. El paciente que mantiene fija la mirada lo hace como una muestra de hostilidad o de mantenimiento de una autoridad ante el interlocutor.

También es importante tener en cuenta la mirada del profesional cuando interactúa con un paciente. Una mirada muy fija va a intimidar al enfermo, llegando éste a manifestar conductas hostiles contra el profesional. Por supuesto tampoco se puede tener una mirada esquiva en la interacción con los pacientes, ya que ésta refleja falta de interés, inseguridad o poca credibilidad sobre lo que se dice.

Gestos y posición corporal.

Se entiende como gesto a los movimientos corporales que tienen un significado. Ninguna posición ni gesto corporal por sí mismo tiene un valor comunicativo, por lo que hay que considerarlo conjuntamente con el resto de los elementos del lenguaje no verbal.

La clasificación de los gestos corporales es la misma que se ha expuesto para los gestos faciales, a continuación se describen algunos ejemplos: Los *gestos ilustradores* guardan estrecha relación con el estilo expresivo de la persona, su ámbito cultural y el grado de implicación en lo que dice. Un ejemplo lo constituyen aquellos gestos que tratan de dar forma a un objeto que se describe con las palabras. Los *gestos adaptadores* son la traducción motora de un estado emocional o actitud del interlocutor, uno de los más representativos es el golpeteo de dedos en la mesa o el balanceo de una pierna cuando se está nervioso. Existen gestos denominados *emblemas* ya que por sí mismos tienen un significado. Y, por último, se encuentran *gestos reguladores* que, como la mirada o el tono de voz, contribuyen a regular las intervenciones de los individuos en la conversación.



Uno de los aspectos a tener en cuenta cuando dos individuos interactúan es la orientación del cuerpo que tiene uno respecto al otro. Obviamente posturas y los gestos corporales que inducen a la abertura y a la calidez en la interacción implican que el sujeto que emite estos mensajes esté de frente al otro. Cuando

esta orientación ya no es frontal puede ser la expresión de la prisa, miedo o inseguridad de uno de los interlocutores.

Como la postura corporal emite en ocasiones mensajes muy concretos el profesional en la interacción con los pacientes ha de cuidar qué postura o gestos tiene y realiza. Lo más importante es comunicar interés y seguridad al paciente, con lo que el paciente va a atribuir la cualidad de competencia al profesional que en ese momento lo trata. Para ello se han de evitar una serie de gestos como colocar las manos delante de la boca, echar bruscamente el cuerpo hacia atrás en el momento de hablar o carraspear. Todos estos gestos inducirán al sujeto a formar una idea del profesional que tiene delante como poco cualificado para su trabajo. Es importante el uso de los gestos ilustradores, con el fin de señalar y enfatizar aquellos aspectos del discurso que es especialmente importante que el enfermo recuerde.

Paralenguaje

Son las características vocales del habla: tono, timbre, intensidad, velocidad del habla, pausas.... Estos parámetros son los que dan el verdadero significado a las palabras, importando más cómo se dice que lo que se dice. El tono y el timbre de voz dan información muy concreta, para un entrevistador experto, de la carga emocional de lo que el interlocutor dice.

Para el profesional es importante que cuide los aspectos del paralenguaje con un doble fin: comunicar asertividad, y mejorar la efectividad de su comunicación (enfaticando aquello más importante, hablando con claridad...)

Un profesional ha de ser consciente de los estereotipos de carácter que van asociados a las diferentes cualidades de la voz, estereotipos que pueden producir prejuicios y alterar la relación terapéutica. Se expone un ejemplo de estereotipos asociados a rasgos de la voz:

- Entonación vivaz: Individuo extrovertido y agradable.
- Voz débil: En el varón no se considera como una cualidad positiva, en la mujer la confiere aspecto inmaduro y sensible.
- Monotonía: Frialdad y reserva.
- Nasalidad: Supone un rasgo con connotaciones negativas porque siempre disgusta al oyente.
- La voz con rasgos de tensión indica obstinación y carácter pendenciero en el varón y emotividad y poca inteligencia en la mujer.

- La guturalidad en el hombre da al hombre un carácter de sofisticación, en cambio a las mujeres aspecto de tosquedad.
- La rotundidad supone al varón fuerte y supone un rasgo estético, en la mujer la hace parecer orgullosa y con poco sentido del humor.

Proxémica

Implica el estudio del espacio y de cómo lo manejan los humanos. Según Hall se distinguen cuatro tipos de distancia en las interacciones entre los sujetos:

ÍNTIMA: del contacto a los 45 cm.

PERSONAL: de los 45 cm a los 120 cm.

SOCIAL: de los 120 a los 360cm.

PÚBLICA: a partir de los 360 cm.



Se puede afirmar que el acercamiento entre dos individuos depende de que los dos den su consentimiento, es decir, que autoricen al otro a permanecer en un determinado punto más o menos cercano. La invasión del espacio del interlocutor sin que esté autorizada producirá un aumento de la tensión y de la agresividad del sujeto, esto se hace evidente en lugares públicos en los que los individuos han de permanecer juntos en los que un roce suele producir que los músculos de la zona con la que se ha contactado se tensen. Esto también se ha de tener en cuenta en las exploraciones físicas, en las que no sólo la capacidad



profesional autoriza, se ha de pedir permiso al paciente, aunque sea un mero formulismo.

● EJEMPLOS Y CURIOSIDADES

Durante muchos años, al ser estudiado el lenguaje no verbal, ciertas divulgaciones pseudocientíficas estipulaban que el manejo y lectura del mismo era la clave del éxito en las interacciones comunicativas. Esto es un error. Sobre esta postulación errónea, se adiestraba a sujetos en el manejo de su lenguaje no verbal para su aprovechamiento, como por ejemplo en entrevistas de trabajo. Esto llevaba al sujeto inseguro a estar tan pendiente de su lenguaje no verbal (cómo se sentaba, cómo colocaba las manos, cómo miraba, etc.) que no lograba realizar una interacción verbal adecuada y normalmente la entrevista resultaba un fracaso. El control del lenguaje no verbal sale del control de las cogniciones y emociones del sujeto, de tal forma que si una persona está tranquila y se encuentra segura de sí misma, en ese momento es lo que transmitirá su lenguaje no verbal. De la misma forma se aconseja la lectura del mismo que debe realizar el profesional sanitario.

Un ejemplo muy socorrido a la hora de hacer entender la importancia de que el mensaje verbal y no verbal es el mismo es el siguiente. En una habitación de hospital, cuando la enfermera se marcha, uno de los pacientes muestra angustia y expresa la necesidad de hablar para desahogarse. En ese momento, la enfermera dice, con la mano en el pomo de la puerta y el cuerpo dispuesto para salir: "dígame, yo estoy para escucharle y atenderle en lo que necesite" A pesar de lo halagüeño del mensaje verbal, su conducta no verbal desmiente lo que acaba de decir, ya que ésta manda el mensaje de "tengo prisa por salir de esta habitación". En estos casos el paciente leerá inconscientemente el lenguaje no verbal y sentirá deseos de acabar con la interacción.

Truco del uso de la mirada. Como ya se ha dicho, la mirada es un excelente regulador del turno de conversación. En numerosas ocasiones un paciente con una alteración mental, pierde el hilo de su discurso, que se embarca por sendas poco relacionadas con el objeto de la interacción. En esos momentos, el profesional cuidadoso con las interacciones con sus pacientes, se encuentra en la difícil labor de interrumpir al paciente sin dañar la autoestima del mismo. Un buen momento para hacerlo es cuando el paciente mira a los ojos del profesional, porque como se ha explicado anteriormente es en estos momentos cuando se favorece el "cambio" de turno de

palabra. De esta forma, y con buena educación, se minimizarán los riesgos de dañar la relación profesional-paciente.

Manejo de las distancias como comunicación. Como ya se ha explicado, la proxémica estudia cómo la distancia influye y marca un tipo de relación. En el trabajo con los aspectos de la salud mental de los pacientes, es básico este manejo y en ocasiones es una de las herramientas comunicativas más potentes. Por ejemplo, cuando un paciente necesita ser consolado y sentir que está siendo correctamente atendido, mejor que cualquier frase que pueda decir el paciente, es acercarse y/o ponerle una mano en el hombro o en el brazo. Como ya se ha expuesto esta es la distancia de contacto íntimo. Puede que este simple gesto aplicado con un silencio racional sea más efectivo que todo lo que se pueda decir en ese momento. En otros casos, como con pacientes agresivos, es más aconsejable una distancia lejana, que indique respeto por el espacio vital del sujeto hostil.

RESUMEN

La comunicación es el complejo sistema de envío de mensajes de un emisor a un receptor. Cuando este proceso se pone al servicio del bienestar del paciente y de la consecución de fines terapéuticos, se denomina comunicación terapéutica. La comunicación terapéutica persigue varios fines: preservación de la autoestima, intencionalidad por parte del profesional y flexibilidad de las intenciones. Es necesario el autoconocimiento del profesional. En todo este proceso hay que considerar otros factores externos que pueden favorecer o entorpecer esta comunicación.

Las técnicas verbales básicas, en comunicación terapéutica son:

- Escucha. Recepción voluntaria y consciente de información.
- Apertura amplia: Animar a que el paciente escoja el tema de conversación.
- Repetición o nueva exposición: Repetición de los pensamientos principales del paciente.
- Clarificación: Intentar expresar sentimientos poco claros del paciente.

- Reflejo o reflexión. Dirigir al paciente sus propias ideas.
- Concentración. Ayudar al paciente a centrarse en un tema importante.
- Compartir percepciones. Pedir confirmación al paciente de que la enfermera ha comprendido lo que siente.
- Identificar temas de interés. Detectar temas importantes de aparición reiterada.
- Silencio: Interrumpir la comunicación verbal con fines terapéuticos.
- Información: Dar información.
- Sugerencia: Presentación de alternativas a la solución de problemas.



El profesional debe analizar su estilo de comunicación para ver si comete alguno de los errores comunicativos más frecuentes, que arruinan los fines específicos de la comunicación terapéutica.

La comunicación no verbal da la mayor parte del mensaje, y en caso de disonancia entre el lenguaje verbal y el no verbal, el receptor escoge el mensaje no verbal. Esta lectura debe realizarse de forma intuitiva. La comunicación no verbal tiene las siguientes categorías.

- **Kinésica.** Lenguaje corporal: miradas, gestos, expresiones, posturas...
- **Paralenguaje:** elementos relacionados con el discurso verbal: tono, intensidad, ritmo, presencia de vacilaciones...
- **Proxémica:** es el orden y distancia entre el emisor y el receptor.

BIBLIOGRAFÍA

Jeanmet, Ph; Reynard, M; Sonsoli, S. *Manual de psicología médica.* Editorial MASSON, 1982.

C. Martínez, C. Valverde. *Counselling. Relación terapéutica.* Herramientas para los profesionales que trabajan con personas que tienen problemas con las drogas. Agencia Española de Cooperación Internacional. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo, 2.004.

Polleti, R. *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería.* Ediciones ROL S.A. 1980.

Daño cerebral traumático y calidad de vida. Fundación MAPFRE medicina. 1996.

Pelletier, L. R. *Enfermería psiquiátrica: estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidados.* Ediciones DOYMA. 1990.

Borrell i Carrió, F. *Manual de entrevista clínica.* DOYMA. Barcelona. 1991.

Chapinal A. *Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano.* Masson 2.005

André Giordan, Alain Golay, Stéphane Jaquemet y Jean-Philippe Assal. *Comunicación terapéutica.* El impacto de un mensaje dentro del proceso de aprendizaje *Psychothérapies*, 1996, 16 (4):189-193. Traducido por Mariana Sanmartino.

Stuart, G. W; Sundeen, S. J. *Enfermería psiquiátrica.* Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1992.

Jonhson, B. S. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental.* En, biblioteca de enfermería profesional. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2000.

Kaplan, H. I. Sadock, B. J. *La relación médico-paciente y las técnicas de entrevista.* En Kaplan, H. I. Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría, 8º ed. Madrid. Panamericana- Williams & Wilkins. 1998. 1-17.

Cibanal, L. *La enfermería ante la agresividad y violencia.* Revista ROL de enfermería. Nº 149; 73-8.

Gutiérrez Sevilla, J. A. *La comunicación terapéutica.* En Carro Bello, C. Gutiérrez Sevilla, J. A. Martín Rodríguez, F. Programa de atención primaria en Salud Mental. En González del Hoyo, J. (Dirección) Guía para la Atención Primaria. Valladolid. Psicovital S.L. 2000

Fast, J. *El lenguaje del cuerpo.* Pirámide, Madrid. 1965.

Cook, R.S; Fontaine, K. *Enfermería Psiquiátrica.* Interamericana McGraw-Hill. 1994.

EL LIBRE EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE TERAPEUTA

D. Emilio Álvarez Mendoza. Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales.

Como complemento de mi anterior artículo en esta revista, quiero realizar un compendio de las consultas, que durante estos años que colaboro con la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias sus asociados me han realizado en relación al ejercicio libre de la profesión de Terapeuta Ocupacional.

Actualmente estamos ante grandes cambios económicos y laborales, que inciden especialmente en esta profesión que esta fuertemente "institucionalizada". Las empresas tanto públicas como privadas, tienden cada vez más a la subcontratación de servicios, por un lado por la lentitud de las bolsas de empleo de la Administración y por otro la búsqueda de la reducción de costes en la empresa privada. Las reducciones de costes son evidentes, el profesional es una empresa y las empresas no tienen vacaciones, se las usa en el tiempo imprescindible del servicio, nunca enferman, y el coste de rescindir la relación es muy inferior a un despido laboral.

En resumen si bien en algunos casos el ejercicio de la profesión puede responder a inquietudes personales, por mi experiencia la gran mayoría de casos se debe a una exigencia del mercado. En este artículo nos centraremos principalmente en la problemática de los contratos de prestación de servicios, por ser motivo de la mayoría de consultas de los asociados.

Pasemos primeramente a definir y delimitar lo que engloba el Ejercicio Libre de la Profesión. En palabras llanas es la práctica de nuestra actividad profesional de manera independiente o sin dependencia laboral. La no dependencia es la frontera entre la relación laboral y la autónoma, veremos más adelante que existen matices entre el enfoque de la Legislación Laboral y la Fiscal.

Pongamos un ejemplo que facilite la comprensión, joven Diplomado en Terapia Ocupacional, que puede tener un contrato con una empresa por 20 horas a la semana, que está apuntado a varias bolsas de empleo, etc. Una empresa de rehabilitación quiere contratar sus servicios como Terapeuta, ofreciéndole un precio por hora de tratamiento que realizará en el domicilio de los pacientes. Le exige realizar una factura mensual y le presenta un contrato de arrendamiento de servicios en el que se estipula entre otras cláusulas las siguientes:

- Las características del servicio a prestar, tratamientos, duración, etc.
- La prestación del servicio por parte de nuestro joven terapeuta de manera totalmente independiente de la empresa contratante, sin sujetarse a la organización y dirección de la misma, sin sujeción a un horario ni a remuneración mensual fijos.
- La responsabilidad directa del terapeuta sobre los tratamientos que realice.

- La forma de facturación y cobro, juntamente con la obligación del Terapeuta de estar al corriente de cuantas obligaciones de carácter laboral y fiscal se dirimen de la prestación del servicio contratado.

En este momento lo más conveniente es estudiar con detenimiento la situación, informarse debidamente de las obligaciones que conlleva la firma del contrato. Mi recomendación como es lógico, es realizar una consulta a un Asesor. El a la vista del contrato y teniendo en cuenta nuestra situación económica nos podrá asesorar sobre los pasos a seguir, como afectará a nuestra situación económica, las responsabilidades que asumimos y como se valoran económicamente, para saber si el precio que nos ofrecen cubre suficientemente el trabajo que prestamos y las obligaciones legales que asumimos.

A continuación nos detendremos en definir desde distintas vertientes; fiscal, laboral y Civil, que conlleva el libre ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional.

La firma de un contrato de arrendamiento de servicios, supone que cualquier discrepancia que pueda surgir sobre la interpretación del mismo deben resolverlas la jurisdicción civil. Deben establecerse claramente la facturación y forma de pago, la duración del contrato y su posible rescisión. También es necesario consultar con un experto en seguros, para que valore la necesidad de una póliza de responsabilidad civil, respecto a los tratamientos que realicemos, o si la póliza que tiene la empresa que nos contrata cubra nuestro trabajo.

Otro aspecto a tener en consideración es la posible incompatibilidad de este trabajo con un trabajo por cuenta ajena. Las administraciones públicas pueden tener restricciones en este aspecto que debemos tener en cuenta.

En el ámbito Fiscal, comenzaremos por definir lo que la Ley del Impuesto de Actividades Económicas entiende como una actividad económica; que es aquella actividad empresarial, profesional o artística, que supone la ordenación por cuenta propia de medios de producción y de recursos humanos, o de uno de ambos con la finalidad de intervenir en la producción o distribución de bienes o servicios. Si prestamos nuestros servicios como Terapeutas a particulares o empresas, estaremos ejerciendo una actividad económica, con independencia de que lo hagamos por una única vez o de manera continuada en el tiempo. La prueba del ejercicio de una actividad económica puede ser realizada por cualquier medio de prueba admitido en derecho como por ejemplo facturas, anuncios, carteles, rótulos, etc. Corresponde la carga de la prueba en todo caso a la Administración Tributaria.

Quiero destacar que no se considera Actividad Económica los rendimientos derivados de impartir cursos, conferencias, coloquios, seminarios y similares, que se

clasifican como rendimientos del trabajo. No obstante, si nosotros mismos organizamos los cursos, ofreciéndolos al público, contratando a los profesores o conferenciantes, y participando de los resultados positivos o negativos del evento, entonces tendrá la consideración de actividad económica.

Siguiendo nuestro ejemplo. Con carácter previo al comienzo de la prestación de servicios debemos comunicar a la Agencia Tributaria a través del alta censal que ejercemos la actividad de Terapeuta Ocupacional, si la actividad se desarrolla en un local determinado o fuera de él; si nuestra actividad esta exenta del Impuesto Sobre el Valor Añadido, el Régimen de Estimación del I.R.P.F., y si satisfacemos ingresos sujetos a retención, etc. Una vez que estamos dados de alta ya podemos realizar nuestras facturas por los servicios profesionales prestados. Debemos saber que se han de facturar en el mes que se realizan, que la asistencia sanitaria esta exenta de I.V.A y que las facturas de profesionales están sometidas a retención.

Desde el punto de vista de la legislación laboral, las personas que realizan de forma habitual, personal y directa una actividad económica a título lucrativo, sin sujeción a contrato de trabajo y aunque utilice el servicio remunerado de otras personas, están incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (R.E.T.A.).

El requisito de habitualidad no esta precisado de manera concreta en la legislación y da lugar a diferentes interpretaciones, que precisan un estudio personalizado de cada caso, no pudiendo equiparar un caso con otro. Los tribunales vienen estimando la superación del umbral del Salario Mínimo Interprofesional percibido en el año natural, como indicador de la misma (TS 29-10-97, RJ 7683; TSJ Madrid 2-11-00, AS 342, etc). Es necesario que la actividad, aunque pueda ser periódica, constituya un medio de vida. Por lo que se considera incluido dentro del RETA cuando la actividad es fundamental para atender a las necesidades, y no así cuando se trata de una actividad complementaria o marginal. Quiero hacer hincapié en que es la jurisprudencia la que delimita la obligación de darse de alta. Si nuestro joven Terapeuta, se dirige al servicio de información de la Seguridad Social, le informarán de que

la Ley le obliga por estar dado de alta en la Declaración Censal a darse también de alta en el Régimen de Autónomos. En este caso la figura del Asesor, será la que pueda aconsejar cuales son los limites y si procede o no la inscripción en el RETA.



El colectivo de Autónomos esta creciendo rápidamente en nuestro país, convirtiéndose en pieza clave de nuestra economía. Su fuerza como colectivo esta surtiendo efectos y se ha aprobado un nuevo Estatuto del Trabajo Autónomo, que es un instrumento de gran avance en los derechos de estos trabajadores, que bien podrá ser objeto de un nuevo artículo en esta revista.

Para terminar y como resumen, quiero realizar un breve itinerario de obligaciones y recomendaciones que debe seguir, cualquier Terapeuta que quiera llevar a cabo una actividad económica como profesional.

1. *Declaración de Inicio de Actividad Profesional. Modelo de Declaración Censal (036) en la oficina de la AEAT.*
2. *Alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (R.E.T.A.), de la Seguridad Social. En la Tesorería General de la Seguridad Social.*
3. *Inscripción del Empresario en la Seguridad Social y Alta de Trabajadores, si va a contratar trabajadores. Tesorería General de la Seguridad Social.*
4. *Habilitación Libros de Visita. En la Inspección Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales.*
5. *Licencias Municipales, si ejerce la actividad en local determinado. Sección de Licencias del Ayuntamiento.*
6. *Comunicación de Apertura de Centro de Trabajo, Autorizaciones y Registros. Comunidad Autónoma Competente.*



- ho Meo PATÍA
- r ehABil iTAción
- dr enAje I nf áTico MAnuAl
- quir oMAsAje
- MAsAje i nf AnTil

TRATAMIENTOS PROFESIONALES DESDE 1999

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

ROSA MATILLA

Se presenta a continuación la entrevista a Rosa Matilla, terapeuta ocupacional con 20 años de experiencia. Profesora en su día de la Escuela Nacional de TO, impartiendo la asignatura de TO en psiquiatría, ha desarrollado su trabajo en varios campos de la Terapia Ocupacional. En el año 2000 crea la página web de www.terapia-ocupacional.com, el portal más importante de habla hispana y auténtico centro de información y actualización de todo lo concerniente a la Terapia Ocupacional. Actualmente lo compagina con el tratamiento de pacientes a nivel privado.

P. ¿Cómo conociste la Terapia Ocupacional?

R. Cuando estudiaba el bachillerato me atraía mucho la fisioterapia, pero en el año 1984, cuando empecé mis estudios de T.O., la escuela de fisioterapia estaba cerrada, al parecer andaban con los cambios para hacer dicha escuela universitaria, entonces supe de esta especialidad a través de mi padre que estaba vinculado al mundo geriátrico y me llevó un día a visitar el Hospital de Día de la Cruz Roja en Madrid (cuna de la geriatría en España), allí pude ver de cerca cómo era aquello de la T.O. y me gustó. A medida que me fui metiendo en este campo me fue fascinando.

P. ¿Recuerdas quien estaba de TO en el HDG?

R. En aquel momento no me presentaron a la terapeuta, solo observé la escena, pero deduzco que sería Dña. Amparo Tessio, ella estuvo muchos años de terapeuta allí.

P. ¿Qué te animó a estudiarla? ¿Cuándo finalizaste los estudios?

R. Me animó bastante que fuera una especialidad novedosa, me parecía un reto además de su gran utilidad en el mundo de la rehabilitación, me animó especialmente conocer a la terapeuta ocupacional Dña. Alicia Chapinal Jiménez en la Fundación Jiménez Díaz y otros profesores, ella me hizo ver claramente cómo era un trabajo bien hecho para rehabilitar a los enfermos.

Los estudios los finalicé en junio de 1987. Me resulta aún incomprensible que no esté más difundida la T. O., sobre todo en el ámbito comunitario.

P. Hablas del ámbito comunitario ¿qué es para ti?

R. Me refiero a la comunidad, en donde vivimos normalmente las personas, todo el resto de dispositivos asistenciales son circunstanciales. La persona donde se desenvuelve y desarrolla es en el medio comunitario y las actividades de la vida

diaria se desarrollan en el ámbito comunitario, por eso creo que la función de la Terapia Ocupacional en dicho ámbito es de una gran importancia. Es realmente la culminación de la rehabilitación. Cuando una persona, después de haber estado un tiempo en una institución, pasa a su medio comunitario debería contar con un terapeuta ocupacional que le ayudara a solventar los problemas que se suelen presentar, esto evitaría muchas depresiones de los enfermos que les dan el alta y que se enfrentan al nuevo reto de tener que volver a interactuar (su casa, su barrio...) con un entorno que aunque ya conocido por ellos es desafiante por la huella que la enfermedad les ha dejado.

P. ¿Cómo era el plan de estudios de esa época?

R. El plan de estudios que había en el año 1984 era de la Escuela Nacional de Sanidad perteneciente al Ministerio de Sanidad. Recuerdo que teníamos un horario bastante extenso, empezábamos las clases a las 8 o las 9 de la mañana y teníamos clase generalmente toda la mañana con asignaturas teóricas y por las tardes, en primer curso teníamos muchas clases de talleres de actividades técnico-manipulativas. Recuerdo que tuvimos prácticas sólo tres meses, luego en segundo curso las prácticas clínicas fueron de 6 meses y en tercero eran todo el año, además de las clases y cursillos monográficos.

Era un plan que tenía que estar admitido por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) y exigían bastante. Por ejemplo, en mi época todos los cursos eran selectivos, es decir, no permitían pasar al curso siguiente con asignaturas pendientes, y muchos profesores exigían para aprobar el 7/10.

Era muy difícil compaginar estos estudios con un trabajo, pasábamos en la escuela muchísimas horas y luego había que añadirle las prácticas clínicas. Creo que hicimos alrededor de 1.300 horas. Las prácticas clínicas fueron de las asignaturas más valiosas que teníamos en esos momentos porque nos ofrecían la oportunidad de entrenarnos como futuros terapeutas ocupacionales. Yo en verano aprovechaba los meses de julio para solicitar el acudir voluntariamente a la Fundación Jiménez Díaz y poder practicar más. Verdaderamente para mi era un disfrute estar con Alicia Chapinal.

Al terminar los tres años de formación la escuela ofrecía la posibilidad de realizar una tesina, yo recuerdo que la hice sobre el "Anciano Hemipléjico", me la guió el Dr. Guillén Llera del

Hospital de la Cruz Roja en aquel entonces, él fue nuestro profesor de Geriátrica, siento por él una profunda admiración. Teníamos profesores magníficos.

Tengo un grato recuerdo de aquella etapa de mi vida.

P. Vuelves a nombrar a Alicia Chapinal. Está claro que marcaba la diferencia. En tu opinión ¿donde estaba el secreto de Alicia?

R. Alicia tuvo bastante poder en el Servicio de Rehabilitación de la Fundación Jiménez Díaz, recuerdo que muchos de sus compañeros de fisioterapia acudían a ella a preguntarle sobre diversos aspectos de la rehabilitación de los enfermos, era admirada profesionalmente por todo el equipo.

¿El secreto de Alicia? Su constante dedicación al estudio. Sin duda alguna. Recuerdo que al final de la jornada, que solía ser bastante intensa, ella se sentaba delante de su máquina de escribir preparando temas, estudiando sobre algún caso nuevo... Siempre tenía algún libro por el departamento para estudiar. Era incansable, con un gran sentido de la responsabilidad y de la superación. Ella lo decía con frecuencia: "en esta profesión no se puede parar de estudiar...trabajamos con personas", actuaba con un gran sentido ético. Es todo un modelo.

P. Tú formaste parte del cuerpo de docentes de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) y en un tiempo de profundos cambios con la creación de la Diplomatura ¿Qué recuerdos tienes de aquellos años?

R. Los profesores de la antigua escuela estuvimos bastante al margen de las negociaciones de la Escuela con la Universidad.

Yo recuerdo de aquel tiempo que estaba centrada en mi asignatura, la Terapia Ocupacional en Psiquiatría, daba clase en segundo y en tercero.

Empecé a dar clase en el Instituto Provincial de Rehabilitación (en la C/ Francisco Silvela, 40) y luego nos trasladaron al Pabellón Docente del Hospital G. Gregorio Marañón, cada vez teníamos menos espacio. Se nos informó bastante poco sobre la situación y no tuvimos opinión al respecto. Comencé como profesora en el año 1990 y terminé en el año 1997, cuando la Escuela cerró definitivamente. En ese año ya estaba funcionando la formación en la Universidad de Zaragoza y la U. Complutense de Madrid.

P. En esa época coincidimos en la Escuela. Todos los compañeros con los que guardo

relación te recordamos como un poco la transgresora, tanto por el método de la asignatura como por los contenidos tan avanzados. Haciendo una lectura retrospectiva el enfoque era de formar auténticos TO para trabajar en rehabilitación psicosocial bajo el prisma de la psiquiatría comunitaria. A día de hoy no conozco ninguna Escuela que imparta la asignatura ni de forma remotamente parecida. ¿Te sentías en aquellos momentos un tanto revolucionaria/avanzada?

R. Lo cierto es que me sorprende tu pregunta. No me he sentido nunca innovadora de una metodología de la formación de terapeutas ocupacionales, pero he de confesarte que me halaga.

Cuando M^a José Román, Jefa de estudios de la Escuela de Terapia Ocupacional en aquellos años, persona por la que siento una gran admiración por muchos motivos, me propuso dar clase de Terapia Ocupacional en Psiquiatría, tenía muy claro que el modo que me gustaba trabajar en el campo psiquiátrico era el que había conocido en el hospital americano (Massachusetts Institute). Allí manteníamos reuniones diarias con diferentes miembros del equipo terapéutico, por eso consideré que mis alumnos deberían hacer un trabajo en equipo y luego exponerlo en público. Deberían leer diferentes libros que les ayudaran a entender mejor el mundo de la rehabilitación psiquiátrica, y lo cierto es que desconozco en qué difería mi método al de otros profesores, no sé, quizás en que estaba muy pendiente de que las personas que me estaban escuchando no se me dispersaran. También me gustaba contar con la opinión de mis alumnos, me encantaban, esa es la verdad.

P. Ciertamente los profesores de la ENS eran magníficos, auténticos referentes en sus respectivos campos y todos con conocimientos de la TO. Es injusto comparar la ENS con las posteriores ya que el mecanismo de acceso implicaba tanto un excelente rendimiento académico como un factor vocacional añadido. La implicación que exigía y el cuerpo docente hacían que se sintiese un cierto elitismo. ¿Notas cambios en la percepción del alumnado en los tiempos actuales?

R. Creo que los alumnos actuales de Terapia Ocupacional son como el resto de alumnos de otros estudios universitarios, con aulas masificadas, y con una gran sensación de vacío cuando finalizan los tres años, lo que les induce a muchos de ellos a seguir estudiando otra carrera. Pienso que el gran fallo de la formación actual es la escasez de prácticas clínicas.

Otro problema que tienen en muchas universidades es que existen pocos terapeutas ocupaciona-

les impartiendo asignaturas, esto produce que el alumno escasee de modelos, tan importantes cuando uno es un joven estudiante universitario.

P. Sabes que actualmente sólo una escuela en todo el estado cumple los criterios mínimos de la Federación Mundial de TO. Hecho reconocido en el Libro Blanco de la TO es que ni siquiera se llega al 35% de ese mínimo. ¿Qué ha ocurrido para llegar a este punto? ¿Sólo importa la cantidad de TO que salgan al año?

R. Lo que pienso es que la Ley de Bolonia en la que todos los terapeutas de la Unión Europea tienen que equiparar sus estudios, no está muy lejos, y no sé cómo se va a vertebrar la formación de los terapeutas ocupacionales de España para llegar a esto, porque Inglaterra, por ejemplo, sí está dentro de la WFOT.

Aquí no te puedo informar mucho porque no pertenezco a ninguna universidad. Sospecho que no va a ser fácil.

P. Todos los estudiantes sienten cierta predilección por algún campo de actuación al terminar los estudios. Comentas anteriormente que la tesina fin de carrera la hiciste del anciano hemipléjico ¿Era el campo que más te atraía?

R. Sí, claramente. Debido a que durante los estudios hacíamos más de 1000 horas prácticas, teníamos la posibilidad de valorar nuestras capacidades y gustos. Yo me vi siempre trabajando con los viejos, me gustan, los considero los héroes de la vida, aprendo mucho de ellos.

He de decir que me gustó mucho trabajar en psiquiatría, sobre todo estudiarla, y no cabe duda que si se quiere hacer un buen trabajo en geriatría hay que tener una buena base en psiquiatría.

P. ¿Podrías explicar mejor esa relación?

R. Porque dentro de la población geriátrica se dan muchas patologías psiquiátricas. Los ancianos institucionalizados presentan a menudo este tipo de cuadros y luego la psiquiatría te enseña a valorar aspectos de la conducta y del comportamiento humano. Con esos conocimientos la valoración del anciano es más completa; de sus interacciones, de su situación dentro de un grupo, de las alianzas, de la dinámica de grupos, de las pérdidas... En general considero que los TO deberíamos tener una formación en psiquiatría muy fuerte. Da igual que trabajes con hemipléjicos o artritis reumatoide esos conocimientos los necesitas. La psiquiatría te da una base sólida para moverte en lo vivencial.

P. En este mismo número aparece un artículo de la comunicación terapéutica ¿en qué lugar la sitúas en el trabajo de un TO?

R. Fundamental, lo primero que hace el TO es empatizar con el paciente que tiene delante y eso es comunicación. El TO debe tener capacidad de escucha y empatía, si carece de ello lo mejor que puede hacer es dedicarse a otra profesión en su vida. Si escuchas a un enfermo el mismo te dirá las necesidades que tiene y es sobre esas necesidades sobre las que trabaja el TO.

P. A ti te tocó abrir departamentos de TO...

R. Sí. Por ejemplo el del Gregorio Marañón en Psiquiatría. Anteriormente había una persona con unos cursos que hizo en Suiza de arteterapia, o algo así. Vamos, poco profesional y sólo trabajaba con Hospital de Día. Cuando entramos mi compañera y yo también trabajamos con pacientes agudos, de planta. Mi jefe de servicio era el Prof. Dr. Calcedo Barba. Nosotras enfocábamos el trabajo de HD hacia la calle. Había muchos chavales jóvenes y casi toda la programación de TO era planificada para su vida en la comunidad. Se trabajaba, aparte de todas las Actividades Básicas e Instrumentales (manejo de dinero, compras, etc...), con el objetivo de prolongar el tratamiento más allá del horario del centro. Este era nuestro propósito. Con los pacientes de planta nos centrábamos más en el trabajo corporal, relajación, actividad física adaptada... Son más delicados en el trabajo, es menor el tiempo que puedes dedicar, existen más distorsiones, tienes que manejar los grupos, ya que no se pueden mezclar determinadas patologías en determinadas fases de la enfermedad. Había una Unidad de Desintoxicación de toxicomanías donde había también una TO pero apenas teníamos contacto.

P. Después de esto fuiste al Massachusset Institute

R. Sí también en psiquiatría. Era un Hospital Psiquiátrico privado que entre otros pacientes se trataban a los americanos con trastornos mentales que vivían en la Base Militar de Torrejón. En general eran pacientes muy jóvenes, incluso niños (10-15 años). En este centro éramos tres terapeutas ocupacionales. Tratábamos de forma muy individualizada con los pacientes, es decir, se hacía un buen trabajo de Terapia Ocupacional porque había pocos enfermos y cada uno tenía su plan de tratamiento y su seguimiento, además de las continuas reuniones con el equipo terapéutico. Hacíamos dos grupos al día y el resto trabajo individual. Había personas con esquizofrenia, anorexia nerviosa, psicosis bipolares, depresiones, alcoholismo, etc. también había pacientes ingresados en una unidad de desintoxicación,

recuerdo que resultaba difícil el trabajo por el fuerte síndrome de abstinencia que presentaban.

Después de este trabajo en psiquiatría fui contratada por la Escuela de Terapia Ocupacional como profesora de T.O. en Psiquiatría, coincidió que me surgió una oportunidad para trabajar en un programa de televisión y acepté aquel trabajo.

P. Es curioso ¿una TO en televisión?

R. Si fue un trabajo circunstancial por mi situación familiar en aquellas fechas. Trabajé en diferentes programas como ayudante de producción, también aprendí cosas ahí aunque yo tenía claro que aquello no era mi vocación.

P. Y la Escuela

R. El trabajo en televisión no era a tiempo total de modo que podía compaginar las dos actividades, en aquel momento lo tuve que hacer así.

P. ¿Cuándo surgió la idea de Terapia Ocupacional.com?

R. He de decir honestamente que todo este tinglado del Portal de Terapia-Ocupacional.com surge gracias a mi esposo, Juan Fontán, que es un experto en Internet. En el año 1995 cuando me asomé a Internet por primera vez inmediatamente busqué contenidos sobre Terapia Ocupacional, sólo encontré algunas páginas publicadas en universidades americanas. En esos días nació mi interés en promover un punto de encuentro para los terapeutas ocupacionales en español. Hay que señalar que por aquel entonces el uso de Internet en España era muy limitado, alrededor de medio millón de personas, provenientes fundamentalmente de los ámbitos tecnológicos. Exceptuando los casos de Argentina y Chile el acceso a Internet de otros países de Iberoamérica era aún más escaso.

Hubo que esperar hasta el año 2000 para que se dieran las condiciones que hicieron posible el nacimiento del Portal de Terapia-Ocupacional.com

P. ¿Diseñaste tu el formato?

R. Sí claro, entre Juan y yo, recuerdo que lo hicimos con un programa para pintar en el ordenador que tenían nuestros hijos.

P. Terapia Ocupacional.com es realmente el portal más importante en lengua castellana, ¿Tenéis un control de las entradas diarias?

R. Sí, el número de visitas diarias ronda las 2.000, dependiendo de los días, fundamentalmente de terapeutas ocupacionales y de España, aunque

también acuden personas de diferentes partes del mundo, sobre todo de Iberoamérica.

P. ¿Se ha evolucionado desde el 2000?

R. Sí, el número de visitas desde el año 2000 ha crecido enormemente, desde las 80 - 100 visitas diarias hasta las 2.000 de actualmente.



Apariencia de www.Terapia-Ocupacional.com en 2000

P. Al llevar la página más importante en castellano te hace estar muy al tanto de las novedades y de todo lo concerniente a la Terapia Ocupacional a nivel casi mundial ¿Cómo ves la producción de artículos en TO?

R. La producción de artículos por parte de los terapeutas ocupacionales españoles es muy escasa por el momento. Este último año 2006 el Portal ha publicado 10 artículos.

P. Sinceramente creo que es un portal muy completo en cuanto a secciones e información ¿Cuál es la sección que más te gusta por lo dinámica o por lo consultada?

R. Lo cierto es que no sé qué sección me gusta más, quizás porque representa la entrada al Portal puedo decir que la portada, es la que mayor número de visitas recibe obviamente y en donde se publican las novedades más relevantes de la profesión. Pero este comentario a favor de esta página no quiere menoscabar al resto, cada una tiene su propia utilidad y la gente acude según sus necesidades.

P. ¿Y para los estudiantes?

R. Los estudiantes acuden mucho al Foro de Opinión, ahí manifiestan sus necesidades y sus dudas, todos los días hay varios mensajes en esta sección. También visitan las Noticias, Artículos, etc.

Me gustaría saber la opinión de los estudiantes, es decir, hacer una encuesta sobre su opinión del Portal.

P. ¿Qué novedades destacarías de los campos de aplicación que conoces por el portal?

R. El tratamiento de terapia ocupacional en el enfermo psiquiátrico penitenciario, en el enfermo oncológico, el enfermo renal sometido a diálisis, en este momento recuerdo a estos, pero seguro que me dejo campos de aplicación nuevos.

P. Sabes que el 2007 aparece la ley de dependencia ¿qué opinas?

R. Sí, se aprobó el pasado mes de noviembre. Le queda mucho por hacer, creo que hasta el 2015 no se instaurará al completo, es decir no se subvencionarán y ayudarán a los dependientes grado uno o los menos graves.

Yo confío en que los terapeutas ocupacionales podamos participar en la valoración de las personas con dependencia, creo que es toda una oportunidad, aunque la verdad es que desconozco cómo nos estamos posicionando.

Pienso que a día de hoy en la sociedad hay un gran desconocimiento de la labor del terapeuta ocupacional, últimamente se oye con mucha frecuencia todo lo relativo a valoración funcional y es ese precisamente nuestro campo, en lo que los terapeutas ocupacionales tenemos formación. Sin embargo no oigo nada sobre Terapia Ocupacional.

P. ¿Cómo ves la situación corporativa en Terapia Ocupacional?

R. Mi opinión de la conducta de los terapeutas ocupacionales españoles es similar a los ciudadanos de España, es decir, son personas muy indepen-

dientes. Cada uno va a lo suyo de un modo manifiesto. No existe un colectivo con ganas de hacer crecer al colectivo en general. Prefiero no emitir opiniones de nadie en concreto, no me gusta juzgar en público a nadie. Lo que sí me gustaría es contar con compañeros, que dejaran de mirarse a sí mismos para ver al grupo de terapeutas ocupacionales y que pensarán en que si hacen crecer a su propio colectivo ellos también lo harán... es lo de siempre..."el grupo es más que la suma de las partes". Esta es mi filosofía con el Portal de Internet, procuro beneficiar a mis compañeros con la única y gran satisfacción de servir de ayuda a la Terapia Ocupacional.

Encuentro fundamental que los terapeutas estén asociados en sus asociaciones respectivas, intentando colaborar de algún modo para el crecimiento común, es prioritario hacer que la sociedad nos conozca y el único modo de hacerlo es desde la unión y el trabajo bien hecho

P. ¿Deberían participar las asociaciones / colegios profesionales de la formación postgrado?

R. Sí, por supuesto. La formación continuada es un deber en cualquier técnico sanitario. Es más, el terapeuta que no realizara una determinada formación a lo largo del año no debería poder realizar determinados trabajos clínicos. Esto ocurre en los países donde se trabaja con rigurosidad. Por supuesto esta formación debería tener subvención y facilidades desde el ámbito laboral para poder asistir a los cursos.

En cuanto a los cursos de postgrado pienso que ahora existe una buena oferta. Por ejemplo, vamos a organizar un curso de la escala de valoración AMSP (batería de evaluación de habilidades motoras y de procedimiento), muy innovador y con una base metodológica importante y que va a ser una buena herramienta de trabajo para los terapeutas ocupacionales.

CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA

BEAUDRY BELLEFEUILLE

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

Teléfono: 609 75 09 62



P. La investigación en Terapia Ocupacional ¿Cómo la ves?

R. La veo fundamentalmente escasa, se publica muy poca investigación de Terapia Ocupacional en España ahora mismo. Creo que uno de los problemas que existen al respecto es la falta de buenas escalas de valoración propias y exclusivas de nuestra disciplina, por eso estamos organizando el curso AMPS, pienso que va a ser de gran utilidad para quien quiera hacer investigación en Terapia Ocupacional.

P. ¿Qué te parece: año 2006 y aparece la TO en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua? ¿Tarde?

R. Tenemos que saber que la Terapia Ocupacional está en España desde el año 1961, por lo tanto son 45 años que ha tardado en aparecer la profesión en el diccionario de la RAE. Para mi es muy significativo. Es un ejemplo de cual es nuestra situación en la sociedad. Pero ahora ya estamos, que es lo importante.



Rosa Matilla trabajando desde www.terapia-ocupacional.com

P. Y el paro.

R. El paro en nuestra profesión yo diría que es inferior al de otras profesiones, naturalmente cuando salíamos 40 al año pues era inexistente, ahora nos parecemos más al resto de otras titulaciones universitarias.

P. ¿A nivel de actuación privada?

R. Hay muy poca gente. Miremos otras profesiones similares (fisioterapia, logopedia, podología,...). Lo que pasa es que la amplia mayoría de terapeutas ocupacionales son muy jóvenes y para ejercer por tu cuenta necesitas mucha experiencia, en varios ámbitos no sólo en uno, mucha formación y estudio y estar "curtido" en la profesión. Y luego claro, las obligaciones fiscales. Hay que tener cierto "nombre" y prestigio, porque se necesita cierto volumen de pacientes para que compense.

P. ¿Cómo se podría regular la calidad de la actuación del ejercicio profesional de los TO?

R. Pienso que debería existir la obligación de cumplir con determinadas horas de formación de los terapeutas ocupacionales clínicos para que pudieran renovar su titulación y poder seguir ejerciendo. Esto lo deben hacer los Colegios Profesionales y otorgar la certificación que les permita seguir tratando enfermos. Esto ya lo hacen en Reino Unido desde hace muchos años. Claro que sería imprescindible que estos cursos estuvieran subvencionados y facilitados por las empresas en cuanto a los horarios.

P. ¿Qué proyectos tienes ahora?

R. Mi proyecto principal ahora mismo es que salga adelante el curso que estamos organizando sobre la escala de valoración AMPS, va a ser un curso muy interesante porque vamos a poder certificarnos para poder aplicar esta escala de valoración de las AVD's, un área completamente del terapeuta ocupacional y usurpada por otros muchos miembros del equipo terapéutico. Creo que nos va a facilitar defender nuestra parcela que es la valoración de la función en relación a la ocupación, aspecto actualmente muy en boga con la aprobación de la Ley de la Dependencia.

Los terapeutas ocupacionales tenemos que convertirnos en técnicos más asertivos, es decir, más seguros de nuestra intervención, de su importancia, esto significa que nuestros clientes deben realizar las ocupaciones que realmente sean significativas para sus vidas, insistir en ello y marcar esto como objetivo prioritario en el plan de tratamiento. Tenemos que aprender a defender nuestro territorio profesional que es la función y por ende la valoración funcional de la persona. Estamos en un momento muy importante porque debemos hacer un esfuerzo en no "perder el tren", de participar activamente y como técnico imprescindible en la valoración de la dependencia.

Otro tema en el que creo de deberíamos estar presentes es el de Seguridad Vial, en la valoración de las personas mayores en el examen/renovación del carné de conducir.

Lo que ocurre es que en países de nuestro entorno donde el terapeuta ocupacional participa en esto tienen una formación en ese sentido y aquí se carece de ella.

En otros países tienen cantidad de cursos de especialización. Aquí se suelen repetir bastante.

P. ¿Qué cualidades necesita un buen Terapeuta Ocupacional?

R. Empatía, capacidad de escucha, de observación y muchas ganas de estudiar durante todo su ejercicio profesional. Un buen terapeuta ocupacional tiene que sentir interés por su cliente, en el fondo es una relación de ayuda sobre la base de unos conocimientos técnicos. Debe comprometerse en hacer un buen trabajo para poder llegar a conseguir los objetivos que se ha planeado con esa persona en concreto.

P. ¿Quieres añadir algo a la entrevista?

R. Bueno pues la verdad es que a mi esto de la entrevista me ruboriza. Considero que necesito

aprender todavía muchas cosas. Que nos queda mucho por hacer en la TO. Además, ahora a ver que pasa con la Ley de Bolonia, en el 2013.

Quiero manifestar mi agradecimiento a la revista Asturiana de TO por elegirme para la entrevista y animaros para seguir trabajando en la divulgación y promoción de la Terapia Ocupacional.

Desde la Revista Asturiana agradecemos la colaboración de Rosa Matilla, seguramente la persona más "al día" de lo que acontece a la Terapia Ocupacional. El esfuerzo que supone llevar un portal como www.terapia-ocupacional.com (de forma individual y en ocasiones desinteresada), con el alto nivel de profesionalidad que demuestra todos los días, hace que todos los terapeutas ocupacionales nos sintamos orgullosos de que personas como ella pertenezcan a esta profesión. Animamos a todos los lectores a conocer el portal y participar en sus secciones. Estamos seguros que enseguida se percataran de que la presencia de la Terapia Ocupacional en la red no sería la misma sin iniciativas como esta.

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.**

MANIFESTACIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN MADRID

M^a José García López. Presidenta de APTOCAM. Enero de 2007

Convocada por la Asociación Madrileña de Terapeutas Ocupacionales (APTOCAM) el 15 de diciembre de 2006 se celebró un acto de protesta en la Puerta del Sol de Madrid. En plena vorágine de campaña navideña, en el centro del comercio y a las horas de más bullicio.

Realizar esta concentración, no es una decisión tomada caprichosamente, ni a la ligera. Es sopesada y madurada dentro de la desesperación e indefensión a que nos someten nuestros políticos.



¿El motivo de la concentración?

APTOCAM lleva desde su creación, en abril del 2000, persiguiendo el objetivo de la creación del Colegio profesional de TO. El 9 de noviembre de 2004, por fin, en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM) se publica el anuncio del Anteproyecto de Ley de creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid. En aquel momento los políticos nos prometen que será muy rápido, tan sólo esperar a cubrir los tiempos administrativos y ya está.

Pasaron los meses, las promesas y las premuras... todo se quedó en algún cajón de la Consejería de Presidencia del Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Conseguimos que el grupo parlamentario de Izquierda Unida realizara preguntas parlamentarias en dos plenos de la Asamblea de Madrid. La respuesta del grupo de Gobierno, fue siempre la misma: "en breve se traerá a la Asamblea para ser votada la Ley correspondiente". Pasaron los meses, y los años.

Haciendo uso de nuestro derecho constitucional a manifestar públicamente nuestros desacuerdos con

los que nos gobiernan, salimos a la calle y seguiremos saliendo las veces que creamos que debemos hacerlo.



¿Qué hemos conseguido con esta acción?

Aparentemente, nada, porque la repercusión no es inmediata, si no a medio plazo. Hemos conseguido que el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida registrara la tarde anterior (14/12/06) una "Proposición no de Ley sobre la creación de la Ley de Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid".



APTOCAM tiene el firme propósito de conseguir el objetivo planteado desde su constitución, obtener el Colegio Profesional, y no cesará. Saldremos a la calle para seguir reivindicando un derecho que ya hemos adquirido al completar un expediente que ha sido elaborado e informado positivamente por todos los estamentos institucionales que intervienen en nuestro control (Consejerías, Direcciones Generales, departamentos jurídicos...). Un reconocimiento de la Terapia Ocupacional al tener un "Anteproyecto de Ley de creación de Colegio Profesional de Terapia Ocupacional de la Comunidad de Madrid"

CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La progresiva especialización en la atención a la población psiquiátrica hace necesaria una adecuada progresión de las técnicas y procedimientos por parte de todas las disciplinas involucradas en dicha atención. La Terapia Ocupacional es especialmente sensible por su papel dentro de la asistencia a la discapacidad a todas estas exigencias.

Esto hace necesario la creación de un grupo de trabajo específico de la Terapia Ocupacional dentro de la red de los Servicios de Salud Mental.

Por otro lado la demanda asistencial por parte de los usuarios se ha vuelto más amplia, tanto cualitativa como cuantitativamente, a lo largo de estos últimos años. En este sentido hay que reconocer los esfuerzos de la Administración por amoldarse y dar respuesta a estas demandas.

El grupo de profesionales de la Terapia Ocupacional de los Servicios de Salud Mental del SESPA pretende formar parte de ese esfuerzo que se está llevando a cabo. Contribuir con su aportación para un mayor desarrollo, por, para, y desde los Servicios es el fin último de este grupo de trabajo.

● OBJETIVOS:

Generales:

- Aglutinar a todos los Terapeutas Ocupacionales que trabajan en la asistencia a los TMS dentro de la red de Salud Mental.
- Consensuar estándares de actuación de los

Terapeutas Ocupacionales dentro de los servicios de Salud Mental.

- Elaboración de un documento con todas las conclusiones obtenidas.
- Adaptación de las líneas de actuación y conclusiones al programa de TMS y al Plan estratégico de Salud Mental.
- Elaborar un listado de necesidades de la terapia Ocupacional dentro de los Servicios de Salud Mental.

Específicos:

- Crear y unificar valoraciones de Terapia Ocupacional psiquiátricas.
- Unificar tareas derivadas y líneas generales de actuación para personal de Terapia Ocupacional.
- Generar sistemas para la evaluación de resultados.
- Diseño de un plan de inclusión en docencia.
- Elaborar un plan de necesidades formativas reales de la Terapia Ocupacional.
- Difundir al máximo las competencias reales de la Terapia Ocupacional.

Se pretende desde el Grupo de Trabajo confeccionar un documento, al estilo cuaderno técnico, donde vengán recogido todos los procedimientos, técnicas y normas de intervención de los Terapeutas Ocupacionales. Se insiste sobre todo en la rehabilitación psicosocial y en el enfoque comunitario de las intervenciones unificando los métodos de trabajo. Se espera asimismo que sirva de futura guía de actuación para los terapeutas ocupacionales que trabajen en los Servicios de Salud Mental del SESPA.



VETUSTA
CLÍNICA
DENTAL

■ ODONTOLOGÍA GENERAL

■ ENDODONCIA

■ IMPLANTOLOGÍA

■ ESTÉTICA DENTAL

■ PERIODONCIA

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

Nº Registro Sanitario: 1 / 2117



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



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 correlativa-

mente. 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 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 Inter-national 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>



V 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 2007 a la siguiente dirección: Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias. Apd de Correos 1834-33080 Oviedo. Indicando en el sobre "V 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 2007.

8. El fallo del jurado, que será inapelable, se hará público en el mes de Julio de 2007.

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.

FOR-EMER
Formación en Emergencias

**CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO
Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA
SEMIAUTOMÁTICA**

Información e inscripciones:
Telf. 647442885
(9:00-20:00)
Mayor información.
<http://www.for-emer.com>

3,5
créditos

FORSALUS
Formación Sanitaria®

AVALADO POR:
PLAN NACIONAL DE R.C.P
SEGÚN RECOMENDACIONES DEL
EUROPEAN RESUSCITATION
COUNCIL (E.R.C)

ACREDITADO POR:
SOCIEDAD
ESPAÑOLA
MEDICINA
INTENSIVA, CRÍTICA
Y UNIDADES
CORONARIAS
(S.E.M.I.C.Y.U.C)

SeMicyuc
RCP
PLAN NACIONAL DE RCP

La Revista Asturiana de Terapia Ocupacional I.S.S.N: 1699-7662
está subvencionada por:



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS