

Revista Asturiana de Terapia Ocupacional



n.º **5**
Junio 2007



SUMARIO

CARTA DEL DIRECTOR pag. 3

TERAPIA OCUPACIONAL

INCLUSIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE MENORES EN CONFLICTO SOCIAL
Gloria Cardenal, Milagros Alvarez, Laura Villoch, Silvia Salas, Claudia Patiño pag. 4

TERAPIA OCUPACIONAL

LA IMPORTANCIA DE LAS LOCALIZACIONES ANATÓMICAS EN TERAPIA OCUPACIONAL
Saray de Paz Ranz pag. 6

ENTREVISTA

ALICIA CHAPINAL pag. 10

TERAPIA OCUPACIONAL

LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
Gabriel Sanjurjo Castelao pag. 16

NORMAS DE PUBLICACIÓN pag. 29

VI BECA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO "SUSANA RODRÍGUEZ" ... pag. 31

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

Depósito Legal: AS-02720-2005

I.S.S.N: 1699-7662

CONSEJO DE REDACCIÓN

Saray De Paz Ranz

Elena Díaz Cáceres

Gabriel Sanjurjo Castelao

FOTO PORTADA: La Lección de anatomía del Doctor Nicolaes Tulp. Rembrandt

aptopa@latinmail.com

IMPRIME

IMPRESA GOYMAR

Padre Suárez, 2

33009 OVIEDO





Desde que iniciamos la andadura de la Revistas Asturiana de Terapia Ocupacional siempre he tenido la idea de realizar una entrevista a Alicia Chapinal. No sólo por la admiración profesional que le tengo, (extensible a todos aquellos alumnos que hayan tenido la suerte de aprender de ella), si no también por su actitud personal ante la profesión y las responsabilidades que conlleva ser un/a Terapeuta Ocupacional. Creo, sin mucho margen de error, que existía un antes y un después en la formación de los TO en la Escuela Nacional de TO y este era, sin duda, tener a Alicia de profesora; escuchar sus clases, el tremendo despliegue de conocimientos, la aplicación práctica de las diferentes bases teóricas, la claridad de sus exposiciones, el respaldo de los datos y los resultados de sus tratamientos y, también, la vehemencia con la que defendía la idoneidad de la Terapia Ocupacional para el tratamiento de las diferentes discapacidades físicas. Realmente nos hace sentirnos orgullosos de nuestra profesión.

Alejada como está a día de hoy de la docencia y práctica clínica ha tenido la gentileza durante estas pasadas Navidades de permitirme compartir con ella unas horas de conversación acerca de la Terapia Ocupacional, su historia, nuestra historia, y ofrecerlas al lector de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional en formato entrevista. Recomiendo especialmente su lectura detenida, cada opinión y comentario merece ser leído varias veces. La consistencia que destila en sus opiniones, la búsqueda continua del desarrollo de la profesión, hace que, ante su figura, siempre nos consideremos meros alumnos, con la motivación de estar ante un modelo de conducta y ejercicio profesional difícilmente superable. ¿Hay algo más motivador que tener a Alicia como referente?. Todo un modelo, tan escaso en nuestros días, que nos sirve de Norte en nuestra profesión. Las opiniones independientes, como siempre en ella, ponen el dedo en llaga de los males de nuestra profesión con justa imparcialidad y separándose de los intereses que actualmente dominan esta profesión.

No existe una figura como Alicia en la TO española, el bagaje que atesora, el estudio, la experiencia, la capacidad crítica, la imparcialidad, independencia y equilibrio del que hace gala haría que el propio A. Meyer sintiese sana envidia. Su papel como PIONERA (con mayúsculas) ha impulsado y facilitado el posterior desarrollo de varias generaciones de TO que han recorrido el camino de la Terapia Ocupacional sobre los senderos trazados por ella. También nos sigue dejando su legado a través de sus libros, editados de forma amena y tremendamente práctica y aplicable (aunque se echa de menos la carga teórica, como ella bien dice "eso está en los libros", y da por supuesto el estudio y conocimiento de los TO a ese respecto). En ese sentido sus publicaciones vienen a ser complementos perfectos para cualquier TO en ejercicio y dignos de ser considerados como libros de texto y, es mi consideración, de lectura obligatoria para el alumnado de Terapia Ocupacional.

No quiero con ello centralizar este número en la entrevista a Alicia pero si resaltar, sobre todo a los recientes TO, la importancia que tuvo su figura en el desarrollo de la Terapia Ocupacional en todo el estado. Dar desde estas líneas las gracias a Alicia por permitirnos la entrevista y, sobre todo, por todo lo que ha hecho, hace y, gracias a sus publicaciones, hará para nuestra querida profesión.

Se presenta también un artículo para destacar la importancia de unas buenas bases de conocimientos para todo TO como son las localizaciones anatómicas, últimamente dejadas de lado en la formación pregrado. También un artículo de un campo poco desarrollado como es la intervención con menores. Además se presenta en este número un artículo muy de actualidad como es la valoración de la dependencia. Este último se publica debido a las continuas e insistentes muestras de interés de muchos compañeros y que no pretende más que dar a conocer, sin entrar en profundidad, la aplicación del RD 504/ 2007, que tendrá gran importancia en el desarrollo de la Ley de Dependencia. Como toda valoración de la funcionalidad y del desenvolvimiento de la persona en su entorno debe ser conocido por los Terapeutas Ocupacionales en sus líneas más generales. Espero que todos ellos sean de interés para el lector.

El Director



INCLUSIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE MENORES EN CONFLICTO SOCIAL

OCCUPATIONAL THERAPY INCLUSION IN A YOUNG PEOPLE'S CENTER WITH SOCIAL CONFLICT

Gloria Cardenal. Terapeuta Ocupacional. *Mail de contacto: gloriasen@latinmail.com*

Milagros Alvarez. Terapeuta Ocupacional. *Mail de contacto: alvagar85@hotmail.com*

Laura Villoch. Terapeuta Ocupacional. *Mail de contacto: laurill@gmail.com*

Silvia Salas. Terapeuta Ocupacional. *Mail de contacto: silsalcar@yahoo.es*

Claudia Patiño. Terapeuta Ocupacional

● RESUMEN

El objetivo de este artículo es dar a conocer el trabajo que hemos realizado cinco terapeutas ocupacionales durante seis meses en un Centro de Menores en Conflicto Social. Durante este tiempo, además de llevar a cabo actividades ocupacionales con estas personas menores de 18 años, también hemos aprendido las particularidades de la Ley de Menores y su aplicación, hemos profundizado en la problemática en la que se encuentran estos, hemos desarrollado nuevas capacidades profesionales y, cómo no, hemos podido percibir la importancia y necesidad de la Terapia Ocupacional en este campo.

● PALABRAS CLAVES

Terapia Ocupacional, Ley de Menores, conflicto social.

● INTRODUCCIÓN

El centro en el que trabajamos está ubicado en el termino municipal de Marratí en Mallorca, tuvo sus orígenes en 1984 y tiene capacidad para 38 plazas, es el mayor centro de internamiento de las Islas Baleares, en el se ejecutan medidas firmes o cautelares, de acuerdo a la ley penal de 12 a 16 años (Ley Orgánica 4/92) a la ley penal de 14 a 18 años (Ley Orgánica 5/2000), y a su reforma (Ley Orgánica 4/2007) de Internamiento en Régimen Cerrado, Semiabierto, Abierto y Terapéutico.

El centro esta distribuido físicamente en tres hogares donde hay capacidad para 10 menores, y en dos hogares con capacidad para 4 menores; diferentes dependencias (despachos, almacenes, aulas de escolarización, salas de reunión, ...), otras dependencias como gimnasio, sala de musculación, sala socioeducativa, pista de fútbol, pista de baloncesto, piscina, sala de visita, etc.

Características de los chicos

El perfil de los menores del centro, son chicos y chicas entre 14 y 19 años de edad, que tienen que cumplir una orden judicial de internamiento en régimen

● ABSTRACT

The objective of this article is to present the work that have made five occupational therapists during six months in a Center of Young people with Social Conflict. During this time, besides to carry out occupational activities with these young people less than 18 years old, also we have learned the particularities of the Minors's Law and its application, we have deepened in the problematic one in which are these youngsters, we have developed new professional capacities and, like also, we have been able to perceive the importance and necessity of the Occupational Therapy in this field.

● KEY WORDS

Occupational therapy, youngsters's law, social conflict.

cerrado, semiabierto, abierto o de permanencia de fin de semana en centro, con problemas en algunos casos de drogodependencias y psicopatologías añadidas, que responden a actitudes y conductas ilegales y antisociales.

● EVALUACION Y REGISTRO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Desde el comienzo de nuestro trabajo en el centro socioeducativo, las terapeutas ocupacionales hemos subrayado la importancia de llevar a cabo una evaluación y registro de T.O.

Sin embargo, la implementación de una evaluación de los chicos desde la terapia ocupacional sin embargo no ha sido tarea fácil, ya que por desconocimiento de nuestra profesión y cuestiones de organización interna del centro no hemos podido llevarla a cabo de modo formal y sistemáticamente hasta el momento. Por ello, la evaluación ha sido realizada de manera informal y orientada a detectar la disfunción ocupacional y principales áreas de trabajo con un enfoque basado en la comunidad, ya que hasta ahora el centro nos ha demandado intervenciones mas grupales que individuales.

Además, dependiendo de cada taller y su dinámica, al finalizar cada sesión realizamos un registro posterior de participación, para poder valorar la evolución de los menores en los diferentes talleres.

● TALLER DE RELAJACIÓN

Un tanto por ciento elevado de la población con la que trabajamos tiene un pobre control sobre sus propios sentimientos, emociones o impulsos y trastornos de hiperactividad lo que se puede traducir en dificultades para relajarse y en posibles trastornos del sueño.

En el taller se les enseña como relajarse mediante la Relajación Progresiva de Jacobson y tareas de visualización. Así se consigue una relajación de cada menor en la sesión.

● TALLER DE REVOLUCIÓN DE CONFLICTOS

El objetivo de este taller pretende que los menores del centro, a través de la experimentación de diferentes actividades dirigidas (dinámicas de grupos, role-playing, aportando explicaciones prácticas de herramientas para la solución de conflictos, explicando los componentes que ocurren en la creación de un conflicto...) puedan identificar y reconocer las causas de un problema, inhibir las respuestas anteriores que se han demostrado que son poco útiles para solucionar un conflicto, puedan desarrollar (con ayuda o sin ella) o poner en práctica habilidades de autocontrol.

De este modo intentamos dotar a los jóvenes de una gran variedad de alternativas potencialmente eficaces para afrontar situaciones problemáticas y seleccionar la que pueda ser más indicada en un momento dado.

● TALLER DE SEXUALIDAD Y BUENOS TRATOS A LA INFANCIA

La creación de este taller responde a la necesidad de abordar educativamente el hecho de que algunos menores del centro son ya padres y madres, otros tienen a su pareja embarazada, y la mayoría se expone a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados durante sus salidas, ya que entre ellos hay un alto índice de conductas de riesgo.

En el taller promovemos una sexualidad y paternidad responsable mediante diferentes dinámicas, debates y actividades, al mismo tiempo que damos a conocer a los chicos los recursos existentes en la comunidad a los que pueden acudir en cuanto a la sexualidad y la paternidad, fomentando el uso de los mismos fuera del centro.

● TALLER DE VALORES

A través de este taller se trata de que los participantes se cuestionen las implicaciones personales y



sociales así como las consecuencias de tales conductas y actitudes.

Los objetivos que se persigue trabajar a través de las actividades realizadas en este taller son:

Educar en valores básicos para un mejor proceso cognitivo de los menores.

Habilidades sociales para un mejor ajuste social.

Para ello en las diferentes sesiones se trabajan los siguientes aspectos:

Autocontrol de la impulsividad

Aumento de la capacidad de empatía

Respeto a las normas y a los modos alternativos de conceptualizar conflictos

Trabajar el pensamiento impulsivo, egocéntrico y rígido.

Conciencia del significado de los valores (respeto, tolerancia, etc.) y de cómo influyen estos en los pensamientos y en los actos.

En cada sesión se presenta un dilema moral.

El propósito de cada sesión es que surjan disonancias cognitivas y una diversidad de opiniones ante un dilema moral para poder intervenir desde el debate creado.

● CONCLUSIÓN

Al acabar este artículo el trabajo que se ha expuesto ha sido sólo el principio de un proyecto que esperamos se alargue en el tiempo, que se puedan desarrollar más y diferentes actividades que actúen sobre la problemática que presenta este colectivo social.

También esperamos que nuestra labor pueda orientar a futuros compañeros interesados en trabajar en este campo de actuación.

LA IMPORTANCIA DE LAS LOCALIZACIONES ANATÓMICAS EN TERAPIA OCUPACIONAL

THE IMPORTANCE OF THE ANATOMIC LOCALIZATIONS IN OCCUPATIONAL THERAPY

Saray De Paz Ranz

Terapeuta Ocupacional

Hospital de Día Geriátrico- Hosp. Monte Naranco- Oviedo

● RESUMEN

Este artículo trata de exponer de forma clara y sencilla los motivos por los cuales los Terapeutas Ocupacionales tienen que tener un estudio preciso de las localizaciones anatómicas para el desempeño de sus tareas profesionales.

● PALABRAS CLAVES

Terapia Ocupacional, rehabilitación funcional, conocimientos

● INTRODUCCIÓN

Es un hecho comprobado por el profesorado de alumnos en prácticas el paulatino descenso de conocimientos, que podríamos denominar "básicos", en el alumnado de las diferentes Escuelas. Así nos podemos encontrar con alumnos de 3º que (y esto no es ninguna broma) desconocen qué músculo es el extensor de pierna, donde está el primer radial, a qué músculo pertenece "ese tendón" que se ve en una mano espástica, etc... Está claro que no es la mejor base para trabajar con pacientes con patologías físicas. El objeto de nuestro Trabajo como Terapeutas Ocupacionales es la Salud de las personas, y por eso somos reconocidos como profesionales sanitarios.

¿Alguien puede imaginarse una enfermera que no sepa donde está el nervio ciático?, ¿o un fisioterapeuta que no sepa donde está un peroneo lateral largo?. Esto que parece obvio no lo es tanto cuando hablamos de la formación de Terapeutas Ocupacionales. Parece que en el camino de la implantación de las diferentes Escuelas Universitarias alguien se "olvidó" de darle toda la importancia que tiene a los conocimientos exhaustivos de anatomía enfocada a la rehabilitación,

● ABSTRACT

This article has the intention of explaining clearly and simple why Occupational Therapist must have a precise study of the anatomical localizations to fulfil their professional tasks.

● KEY WORDS

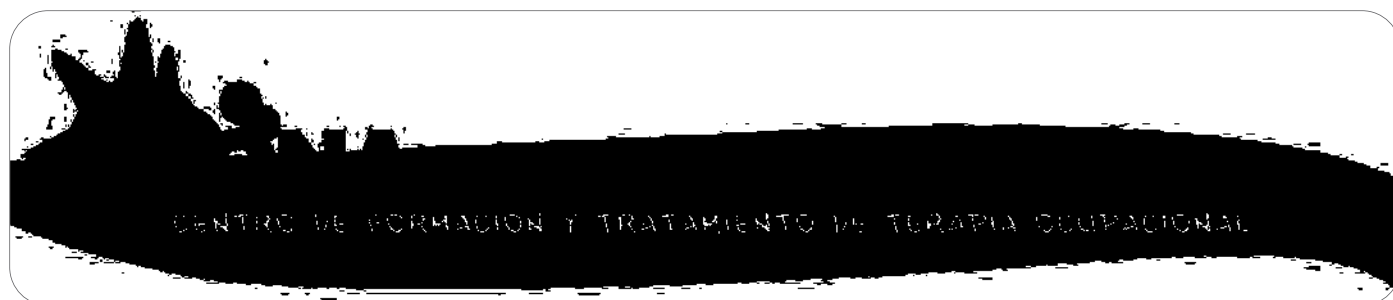
Occupational Therapy, functional rehabilitation, knowledge.

biomecánica y fisiología articular. Esto produce que los nuevos titulados sean profesionales inseguros (o deberían estarlo), sin las técnicas más elementales y con un más que notable "complejo de inferioridad" cuando se relacionan con otros profesionales sanitario, ya que no comparten las mismas bases. Una de esas bases son las localizaciones anatómicas, que se pueden definir como la capacidad del profesional de saber con exactitud y mínimo margen de error las estructuras corporales que comprende determinada zona, en especial aquellas músculo tendinosas, óseas, nerviosas, articulares y periarticulares, así como la adecuada señalización y estudio a través de la palpación.

Se presenta a continuación los principales motivos por los que el conocimiento de las localizaciones anatómicas ha de ser contemplado como pieza fundamental en el desarrollo de nuestra profesión.

● CONOCIMIENTO EXACTO DE LAS ESTRUCTURAS A TRATAR:

Hagámonos la siguiente pregunta ¿Llevaríamos nuestro coche a arreglar a un taller en el que el mecánico no sabe cual es el carter ni la correa de distribución?.





Me temo que no. Únicamente le dejaríamos que nos lo lavase, y sólo por fuera. Es posible que esto este ocurriendo en Terapia Ocupacional, que los médicos envíen a pacientes a Terapia pensando que los TO sólo sirven para eso, para dejar el coche bonito. Eso sí sin "meter mano" al motor, sin aplicar técnicas rehabilitadoras puras. ¿porqué? La respuesta esta clara: Si no dejo mi coche a un mecánico sin los más elementales conocimientos ¿cómo voy a jugar yo con la salud de mis pacientes dejando que alguien sin conocimientos le aplique determinadas técnicas?.

De esta situación podemos además sacar otras informaciones. Está claro, por seguir con el símil anterior, que existen muchos niveles en los mecánicos, desde los que sólo arreglan determinados coches a los que están en la Fórmula 1. Todos tienen las mismas herramientas en las paredes de sus talleres, no cambian. Lo que varía son los conocimientos que pueden aplicar, el "arte" en su manejo. Pero ¿Qué ocurriría si no hay herramientas...? Pues no habría Talleres. ¿Qué pasa con la Terapia Ocupacional...? Que no hay Talleres ¿Cuántos Centros de rehabilitación de Terapia Ocupacional conocemos? Si nos comparamos con los profesionales más afines que tenemos (que son los fisioterapeutas) los hay que en cuanto acaban la carrera ya abren su propio centro de Fisioterapia. Ellos tienen herramientas y saben lo que se traen entre manos, tienen los conocimientos. Los Terapeutas Ocupacionales tenemos nuestras herramientas; el análisis de la actividad. ¿Entonces que es lo que pasa? Se falla en los conocimientos básicos. Los profesionales salen de las Escuelas inseguros (en el campo de la discapacidad física). Si les preguntásemos veríamos que es porque, a veces, no saben realmente que hacer con un brazo hemipléjico, no saben evaluar una actividad motriz, un movimiento normal y mucho menos una actividad. No saben por donde tienen que cogerlo y porqué tienen que cogerlo de determinada manera y no de otra. El resultado es que se prescriben actividades porque "lo dice el manual", sin el más mínimo análisis. Es fundamental que cuando se trabaja con la salud de las personas se tenga el más amplio y exhaustivo conocimiento de las estructuras anatómicas. Es como hacer cirugía sin Medicina.

• **LA COMPRENSIÓN DE LA BIOMECÁNICA Y FISIOLÓGIA ARTICULAR:**

Las localizaciones anatómicas nos permiten una adecuada y ajustada comprensión de la biomecánica. Ajustada porque, como todos sabemos, existen

inconstantes anatómicas y múltiples variables individuales que pueden modificar la biomecánica. El sistema musculoesquelético es una compleja combinación de palancas y son estas las que determinan el movimiento, o ausencia de él. El mecanismo de acción de dichas palancas viene determinado por las localizaciones anatómicas de las estructuras involucradas, su relación con el plano y eje de movimiento y con el resto de estructuras que apoyan/complementan el movimiento. Es pues fundamental para quien quiera trabajar con el cuerpo humano una profunda comprensión de todos estos componentes para desarrollar un tratamiento individualizado. Otra parte a contemplar es la especialización en una técnica en particular (Bobath, FNP, etc..). Esa especialización sólo es posible de manera consistente cuando existen bases sólidas sobre las que apuntalar dichos conocimientos.

• **EL CONOCIMIENTO Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA:**

Evidentemente, derivado del punto anterior (fisiología) se deriva este (patología). El profundo y adecuado conocimiento de la fisiología y sus excepciones nos proporciona un encuadre de la patología. Si conocemos las localizaciones anatómicas podremos detectar cualquier cambio en ellas como inflamaciones, edemas, roturas, engrosamientos, pérdidas de elasticidad, atrofas, etc...

Las localizaciones anatómicas nos proporcionan información muy útil para el diseño y programación de nuestros tratamientos de Terapia Ocupacional. Dentro de nuestro ámbito de actuación (grandes síndromes y discapacidades) es relativamente frecuente encontrarlos con lesiones "menores" que interfieren en los tratamientos. Por ejemplo: Nos encontramos con una inflamación de las articulaciones MTCTF, o nos podemos encontrar con un dolor en la zona de la tabaquera anatómica. En definitiva lesiones que rara vez se le da importancia para una intervención médica pero que influyen en nuestro trabajo y que con los adecuados conocimientos de localizaciones anatómicas podemos, no diagnosticar, pero si detectar la importancia, o no, del proceso y modificar nuestro tratamiento en consonancia.

Dentro de este apartado adquiere gran importancia las lesiones de hombro, donde, dada la complejidad de evaluación, nos llegan al departamento con los diagnósticos más variados y, normalmente, no del especialista en traumatología. Pese a las múltiples pruebas diagnósticas que se pueden realizar (Rx, RMN, infiltraciones selectivas, etc..), las localizaciones anatómicas a la palpación y los tests de esfuerzo/musculares siguen teniendo importancia capital. Esto debe ser conocido por el Terapeuta Ocupacional. Muchas veces es el propio TO el que detecta estas afecciones y lo comunica al médico que pauta el tratamiento oportuno. El TO (entre muchas afecciones más) debe saber la forma de distinguir rápidamente si es una

lesión del supraespinoso o del bíceps braquial, si la elevación de brazo causa una lesión por impactación, etc.... Porque es más que posible que si no conocemos esto estemos dañando más que beneficiando al paciente y, sinceramente, nuestro plan seguro que no es terapéutico. En el caso de los tests musculares, es la palpación la que nos indicará si la lesión es una rotura fibrilar, una Tendinitis o una entesitis.

● **ADECUADA ORTOPRAXIA Y POSICIONAMIENTO:**

El posicionamiento es pieza fundamental en la intervención de Terapia Ocupacional, siendo la base sobre la cuál avanzar en el tratamiento. Si además se tiene previsto cualquier tipo de técnica de ortopraxia las localizaciones anatómicas juegan un papel fundamental. Por una lado nos dan información de las estructuras que tienen que estar y que hay que contar con ellas siempre para la ortopraxia (como por ejemplo la zona del tubérculo dorsal del radio) y con ello conseguimos una liberalización de las presiones. Por otro lado nos da información de lo que no es esperable que este (por ejemplo un zona edematosa) y con la que hemos de contar para las posibles adaptaciones posteriores.

● **CORRECTA MOVILIZACIÓN DE LOS SEGMENTOS:**

Muchas veces me encuentro con que los alumnos no saben que hacer con un brazo. No saben movilizarlo y, ni siquiera, saben como cogerlo. Aquí hay que hacer varias consideraciones y definir algún término.

1) El sitio donde situamos nuestras manos para movilizar una articulación se llaman "presas" y "contrapresas", siendo, generalmente, el primer término aplicado para el segmento fijo y el segundo para el segmento móvil. Genéricamente su usa el término de "presa".

2) Para situar nuestras "presas" hemos de asegurarnos la correcta ubicación de dichas "presas" y para ello no se pueden dar reglas generales. La individualidad de la patología marca la intervención, de ahí que el conocimiento de las estructuras sobre las que estamos actuando.

3) En el caso de las movilizaciones nuestras manos actúan como "dadoras" de movimiento e inputs sensoriales pero también como "receptoras" de información muy valiosa acerca de las estructuras y las alteraciones que nos podemos encontrar a la movilización.

En referencia a este punto hay que incidir en el posicionamiento del paciente, la colocación de las "presas" pero también en situarnos en una "posición" que nos permita recoger el máximo de información. Si nosotros estamos mal situados en relación al miembro/paciente y nuestras presas mal situadas en sus segmentos la aplicación de fuerza no va a ser la ade-

cuada con lo que tendremos que aumentarla, agotándonos antes y perdiendo la "sensibilidad" para obtener información de nuestras manos.

● **ADECUADA ESTIMULACIÓN MUSCULAR Y SENSITIVA:**

Las localizaciones anatómicas nos permiten conocer las zonas sobre las que tenemos que aplicar las diferentes técnicas de estimulación muscular y sensitiva. En el caso de la sensitiva es tremendamente sencilla gracias a los mapas topográficos de inervación sensitiva, en los cuales aparecen con todo lujo de detalles las áreas que corresponden a cada metamera. Pero ¿qué ocurre cuando la estimulación es muscular o tendinosa? Esta es una de las partes más importantes de nuestro trabajo cuando intervenimos en etapas



iniciales de afectación de vía piramidal. Cuando utilizamos técnicas como la aplicación de hielo, cepillados, estiramiento vigorosos, etc. ¿Cómo podemos saber que realmente estamos actuando sobre las estructuras que queremos sin unos adecuados conocimientos de localizaciones anatómicas?.

● **PROPORCIONAR ESTÍMULOS PROPIOCEPTIVOS:**

La forma que tenemos los Terapeutas Ocupacionales de coger (hacer las presas), donde cogemos, y de mover los diferentes segmentos de nuestros pacientes les proporciona abundante información propioceptiva, apoyos y estimulación a través de diferentes vías sensoriales. Esta información es fundamental cuando hablamos de reeducación por lesiones de vía piramidal, en miembros inferiores, etc...

● **ESTIRAMIENTO TENDINOSOS Y TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE MASAJE EN CICATRICES:**

En muchos pacientes nos encontramos con acortamientos tendinosos o músculo tendinosos que precisan de estiramiento directo de los tendones por parte del Terapeuta Ocupacional. Sólo la correcta localización anatómica permite hacerlo con la mayor efectividad en todos los casos. Hay que tener en cuenta que los pacientes de nuestros departamentos no son personas jóvenes deportistas donde las estructuras son



fáciles de localizar sino que por el contrario acuden con multitud de problemas asociados (edema, alteraciones de la sensibilidad, artrosis, artritis, obesidad, etc...). Esto hace que las localizaciones sean más complejas. Es importante conocerlas y seguir los protocolos de localización para asegurar una intervención de calidad desde la TO. Nunca podemos dar por sentado la efectividad de nuestra intervención sin asegurarnos previamente del correcto manejo de las estructuras involucradas.

En otros pacientes el objetivo prioritario es la disminución del edema, en este caso para asegurar una buena intervención es necesario conocer la disposición del sistema linfático para de esta manera asegurar un preciso drenaje del miembro.



● **CONCLUSIÓN:**

Evidentemente existen muchas más razones para que los Terapeutas Ocupacionales presten especial atención a las localizaciones anatómicas. En estas líneas se ha tratado de esbozar las más importantes sin entrar con detenimiento en cada una de ellas. Es de suponer que a ningún TO se le escape la importancia que tiene los aspectos desarrollados anteriormente y que se anime a profundizar en este aspecto clave de nuestra intervención terapéutica. La base sobre la que crecer como Terapeutas Ocupacionales es general para todos, independientemente que luego cada TO elija una técnica específica de intervención u otra. Estos conocimientos de las localizaciones anatómicas nos proporcionan además una visión más crítica de las diferentes técnicas y con ello una mayor exigencia en nuestro nivel de formación. "Sólo duda quien conoce". El análisis de las diferentes actividades sólo pasa por conocimientos como el expuesto en este artículo. Este compromiso que tiene el TO con la formación continuada favorece el continuo perfeccionamiento de los profesionales, de la intervención y, de forma más genérica, con el nivel requerido para una profesión tan demandante de conocimientos como es la intervención sobre patologías mediante la aplicación de actividades terapéuticas, en definitiva, la Terapia Ocupacional.

FORSALUS
Formación Sanitaria

Cursos Específicos para Terapeutas Ocupacionales!!

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

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



ALICIA CHAPINAL

Se presenta a continuación una entrevista con la Terapeuta Ocupacional Alicia Chapinal. Becada por la OMS en los años 60's fue profesora de la primera Escuela española de Terapia Ocupacional (1975-1998). Profesora de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la ONCE y ejerciendo durante toda su vida profesional en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Ha publicado artículos de Terapia Ocupacional y los libros "Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico" (1999), su segunda edición ampliada "Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano: entrenamiento de la independencia en Terapia Ocupacional" (2005) y el libro "Rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en Terapia Ocupacional" (2002), todos ellos publicados por la editorial Masson.

Alicia Chapinal es una figura de sobresaliente importancia dentro de la TO española y referente de multitud de generaciones de Terapeutas Ocupacionales, que han visto en ella todo un modelo profesional y de excelente aplicación de las técnicas de Terapia Ocupacional en el campo de las discapacidades físicas. Nadie como ella representa toda una vida dedicada a la promoción y desarrollo de la Terapia Ocupacional, la investigación y aplicación de nuevos tratamientos y la enseñanza de lo práctico y lo teórico a los nuevos Terapeutas. Convergen en su figura todos aquellos aspectos deseables y positivos a destacar en cualquier profesional de la salud, aunque en ella se añade la de ser pionera de una profesión. El intuir un camino e ir sabiamente construyéndolo con el esfuerzo del trabajo diario. Su reconocido prestigio ha sido ganado a fuerza de resultados, constancia, estudio y abnegación por la Terapia Ocupacional.

P. Alicia ¿Cómo te iniciaste en la T.O.?

R. Pues siendo estudiante de enfermería nos hablaron de cierta clase de rehabilitación que se hacía con enfermos de poliomelitis, niños y adultos, y ya entonces me entró el gusanillo de la rehabilitación. Hice una oposición para un Hospital de tuberculosos y, a Dios gracias, la suspendí. En esa época estaba haciendo a la vez la especialidad de Enfermería en Pediatría, y me encontré en ese examen a una enfermera que me contó que se acababa de inaugurar la Fundación Jiménez Díaz y que estaba trabajando en rehabilitación. Esta compañera me llamó al poco tiempo porque una compañera se casó y dejaba su puesto, (en aquellas fechas no se permitía trabajar si estabas casada). Fui a la Fundación y estuve unos meses de prácticas, sin cobrar nada y me quedé. Fue un momento importante ya que la Dra. Grégory acababa de organizar el Departamento de Rehabilitación (La Dra. Grégory, el Dr. del Olmo, el Dr. Argüelles y el Dr. Heliodoro Ruiz

entre otros fueron pioneros como médicos rehabilitadores). Ella provenía del equipo del Dr. Obrador, un gran neurocirujano de la época, y había estado becada en Inglaterra donde descubrió los tratamientos que hacían los Bobath en los pacientes con alteraciones neurológicas y, sobre todo, en los niños con parálisis cerebral. Ella fue la que nos enseñó a todas las enfermeras las técnicas de tratamiento. Era el año 1957. A partir de ahí empezamos a tratar a enfermos con parálisis cerebral, físicos con afectación motora, polio, Parkinson, etc. Nos entraba de todo, niños, adultos y también enfermedades raras que nadie trataba, ya que el Dr. Jiménez Díaz se interesaba mucho por ese tipo de casos. Tuvimos una formación muy fuerte. La Dra. Gregory me trajo libros ingleses y americanos en la que se iniciaba la Terapia Ocupacional y yo ya pude darme cuenta que a la fisioterapia le faltaba algo... el desenvolvimiento, la funcionalidad. Entonces yo hacía objetos que veía en esos libros e introduje actividades que tienen que ver con las AVD (botones, tacos, etc...).

Desde el primer momento, en el que yo era enfermera, ya me di cuenta de que había una laguna en algunos tratamientos. Hay que decir que la Dra. Gregory nos obligó a estudiar mucho y nos enseñó la técnica de Bobath de aquel entonces, que luego evolucionó, pero que en un primer momento era inhibición postural, luego se transformó en acción, inhibición por la acción. Nos explicaba sobre los propios pacientes lo que había que hacer y luego continuábamos nosotros el tratamiento. Hacía sesiones clínicas, nos daba apuntes, etc.

P. Y el iniciarte en la Escuela de TO...

R. Un día en el que estaba tratando a un niño llegó un médico del Ministerio de la Gobernación (antes Sanidad dependía de este Ministerio), creo que era el Dr. González Mas. Tienes que tener en cuenta que era el primer departamento de Rehabilitación que existía en Madrid. El material fue cedido por la UNICEF y lo había pedido el Dr. Jiménez Díaz. Era un centro piloto. Entonces venía gente a conocer el departamento, nos hacían entrevistas, reportajes... Bueno pues este Dr. me dijo "Eso que usted hace es otra especialidad de rehabilitación y además hay una carrera. Ahora van a salir tres plazas de becas para estudiarla fuera". Entonces el Dr. Jiménez Díaz solicitó una beca a la Organización Mundial de la Salud para mí, que disfrute del 1960 al 1962. Una formación muy completa y tremendamente exigente.

P. ¿Dónde fuiste?



R. Yo fui a Nancy, en Francia. Fui junto con Carmen Lacasa. Luego cuando volvimos Carmen Lacasa, que trabajaba en Sanidad, se quedó en la Escuela porque entre tanto el Dr. Heliodoro Ruiz ya había formado la Escuela (un poco deprisa y corriendo...). Cuando el Dr. Ruiz estuvo en Nancy ya nos comentó la posibilidad de entrar en la Escuela como profesoras, en ese momento se estaba realizando un curso de TO de nueve meses de duración con lo cual los primeros terapeutas españoles (creo que no fueron muchos) salieron antes que nosotras.

P. **¿Cuándo yo estudiaba, corría la leyenda de que habías empezado a dar clase en TO porque te habías negado a tener alumnos en prácticas con tan pocos conocimientos ¿qué hay de verdad en eso?**

R. Yo desde el principio insistí a M^a José Román, jefe de estudios, a tener los alumnos un mínimo de tres meses de prácticas conmigo, porque menos tiempo me parecía insuficiente. Pero no solamente para poder tratar al enfermo sino también para poder organizar un departamento de TO completo. Cuando los alumnos de tercero terminaban las prácticas eran capaces de abrir ellos solos un departamento y además podían tratar correctamente todas las especialidades que yo trataba, que eran muchas, de todas las edades. Claro que solamente cuando ya tuviesen alguna experiencia. Eso actualmente esta perdido en la profesión. Lo que no puede ser es que un oficio práctico no se hagan buenas prácticas, o de solamente una semana, que es casi peor. En cierta manera el enfoque de mis libros pretende suplir esa falta de práctica.

P. **Y ser profesora...**

R. Bueno. Los apuntes que a mi me pasaron del temario que tenía a cargo, "Terapia Ocupacional en Pediatría", no tenía nada que ver con mi idea de la rehabilitación. Entonces entre María Jose y yo recogimos y reestructuramos el temario y a medida que avanzaban las clases y los cursos lo fui ampliando. Me costó mucho porque yo tenía un auténtico terror a dar clase, luego ya me fui soltando. Considero que al final que daba buenas clases.

P. **Eran magníficas.**

R. Hombre, yo entiendo que al principio los alumnos se quedaban extrañados. Era chocante para la gente ver aquellos ejercicios que hacíamos de coger, como si fuera un niño, a un adulto en la clase y analizarle/ evaluarle la postura (risas). Quiero decir que las clases eran cada vez más prácticas y menos teóricas.

P. **¿Con que recuerdos te quedas de esos años de docencia?**

R. Con las preguntas. Sobre todo con aquellas que no podía resolver, las que me obligaban a ir a la fuente. Porque una cosa es que tu sepas lo que estas haciendo y otra que lo expliques de forma científica. Es que la fundamentación científica es importante.

P. **Eras también profesora de la escuela de Fisioterapia de la ONCE**

R. Si las dos a la vez, hasta que me jubilé.

P. **Tú eres enfermera, pero siempre nos decías que te considerabas TO**

R. Es que realmente nunca ejercí como enfermera porque en lo que trabajé desde el principio fue en rehabilitación. Me consideraba Rehabilitadora porque por aquella época, y te hablo de 1957, no existían escuelas ni de Terapia Ocupacional ni de Fisioterapia. Yo hice Terapia Ocupacional en Nancy junto con los Fisioterapeutas en las asignaturas básicas.

P. **¿Y no te costó cambiar el chip para la Escuela de Fisioterapia de la ONCE?**

R. Pues no, porque ellos eran todos ciegos y trabajaba la función con ellos, con el mismo enfoque práctico. Yo les hablaba de la Historia de la TO, de ayudas técnicas, de las técnicas manuales, cambios de dominancia, de la orientación espacial, de sensibilidad y hacíamos talleres sobre todo ello.

P. **¿Y la rivalidad con los Fisios?**

R. Si, la tuve en mi trabajo. A mi me decían "pero si tu no tienes Diploma...", yo les decía "Claro que sí, si quieres te lo traigo, pero está en francés" (risas) y eso que era de la OMS. Luego vino la lucha por el Título de TO. En un momento dado el Dr. Blanco Argüelles, el Dr. Ruiz y algunos TO hicimos una mesa redonda para hacer un Diploma Universitario Paramédico de Rehabilitación y entraban ortopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas. Pero no llegó a efecto.

No se dan cuenta que la TO es un tratamiento psicofísico que facilita la rehabilitación y que los dos, tanto fisioterapeutas como Terapeutas Ocupacionales son rehabilitadores.

P. **Por lo que tengo entendido dentro de la Fundación Jiménez Díaz eras una persona con cierto peso.**

R. Si era muy reconocida y los médicos bajaban a preguntarme dudas al departamento. Pero eso es trabajo mío, era la demostración que TO no eran "juguetitos". Me acuerdo que a un médico



muy afamado de la Fundación le dio un ACVA y entonces la Dra. Fdez. Ballesteros le dijo que tenía que entrar en TO y él le dijo "yo ahí no entro que esos no hacen más que tonterías". Ella le dijo que lo probase 8 días y accedió. Luego no había quien lo echase porque como era médico todos los días llegaba con nuevas ideas y cosas que se le ocurrían que se podía utilizar como tratamiento.

Otra anécdota: un médico le hacía saltar a la comba y se sentía ridículo, le tuve que poner aparte y decirle que se imaginase que era un boxeador. Con esto te quiero decir que esa fama me la gané yo a base de trabajo, eficacia y formación. Porque a mis cursos asistieron algunos médicos internos de Rehabilitación y todos los Residentes de nuestro Servicio pasaban por Terapia. Ahora cuando veo trabajar a algún TO me da mucha lástima. Eso no es TO, es la tercera parte de lo que hay que hacer. Es como si un arquitecto hiciera sólo casas prefabricadas. Creo que hay que motivar a los nuevos Terapeutas para que pongan en práctica todos los conocimientos adquiridos y los que puedan adquirir.

P. ¿Piensas que es vocacional?

R. Si, por supuesto. Hay gente que no le gusta porque sólo ve trabajo manual. Pero eso ya lo hace un monitor. Lo que pasa es que hay que enfocarlo hacia la parte médica de la rehabilitación y no lo hacen. En cada taller que tenía cuando estudiábamos analizábamos muscularmente todo, pero absolutamente todo el movimiento normal.

P. ¿Estas al tanto de los actuales planes de estudio?

R. Más o menos. Sé que en algunas Escuelas no hay Terapeutas Ocupacionales impartiendo las clases de las áreas propias de TO.

También me han contado que, en algunas, las prácticas clínicas con enfermos son muy escasas y que hacen prácticas en sitios que no tienen nada que ver con nuestra profesión.

Así no me extraña que la WFOT, que tiene criterios muy estrictos de la importancia de las prácticas, no quiera reconocer a la mayoría de las Escuelas.

A mí me pidieron organizar una Escuela aquí, en Madrid, y no quise hacerlo porque no aceptaban mis ideas al respecto y yo no podía, ni puedo, traicionar mis ideas.

En este sentido pienso que vosotros, los que habéis estudiado en la Primera Escuela, y que ahora, con la perspectiva de los años podéis apreciar las diferencias, debéis luchar para que las diferentes Escuelas vayan mejorando en calidad acercándose a las mejores del mundo. Creo recordar que en clase os decía que "Nuestra profesión llegaría a ser lo que vosotros queráis.

Podéis darle un gran auge trabajando bien o reducirla y desvalorarla si no lo hacéis". Yo en mi trabajo la TO estaba reconocidísima. Y de la fundación Jiménez Díaz salieron muchísimos jefes de servicio que luego estaban por toda España defendiendo la Terapia Ocupacional.

P. Todos tus alumnos te reconocemos como un modelo para nosotros ¿son importantes los modelos?

R. Creo que los modelos son importantes siempre que sean buenos. Yo me siento bien cuando antiguos alumnos, que han hecho prácticas conmigo, me comentan lo importante que fueron para ellos las prácticas, y sé que eso tiene un sello especial.

Recuerdo un alumno de 2º en prácticas que me comentó "Oye, aquí los pacientes mejoran". Me sorprendió mucho el comentario porque yo no dudo que los enfermos en los Hospitales y en las Residencias de ancianos pueden mejorar con el tratamiento, y de hecho mejoran si se les aplica un buen tratamiento. Si no ¿Para qué servimos?

En España hoy en día hay muchos más Terapeutas que antes de existir la Diplomatura pero pienso que la calidad ha bajado. En general percibo que el TO realiza bien y se desenvuelve bien en los tratamientos de las alteraciones cognitivas, y en la ocupación del tiempo de ocio. Sin embargo hay pocos que sepan realizar tratamientos físicos para la recuperación de las AVD, que si esto se analiza bien es el todo. Los TO tienen que darse cuenta que este es un área propia de nuestra profesión y que hay Fisioterapeutas y Psicólogos que pretenden hacerla suyo.

Hay Terapeutas muy cómodos, que se quedan con lo aprendido en la Escuela y no siguen ni estudiando ni investigando por su cuenta.

El TO no se siente orgulloso de su profesión y para llegar a estarlo necesita motivación y estudio. Sólo con el conocimiento se pueden acallar las voces críticas.

P. Conoces la formación postrado

R. Si pero no tengo conocimiento exacto.

P. ¿Desde que te jubilaste ya no tienes contacto con la docencia?

R. Si, hice conferencias, pero con todas estas nuevas tecnologías me sentí muy mal. Porque tengo todo el material en diapositivas y es mucho trabajo pasarlo todo. Tengo que darlo a otra persona para que me lo haga y eso si que no lo soporto. A mi me gusta hacer las cosas por mí misma.

P. ¿Con que te quedas de todos los años de trabajo?

R. Con todo. Mira yo estaba con los enfermos y

cuando no estaba con ellos siempre estaba estudiando. La Enciclopedia Francesa Médico-Quirúrgica casi me la sé de memoria (risas). Nunca he perdido el tiempo. Pero si tengo que quedarme con algo creo que con los cursos, porque ahí demostrabas lo que habías estado haciendo, sobre todo aquellos en los que llevaba enfermos que querían colaborar. Los que hicisteis mis cursos lo sabéis bien.

P. Que me puedes comentar de tus publicaciones.

R. Hombre yo publiqué en ABC, en la revista de APETO.... Yo desde los años 80 pensé en escribir, pero tuve un problema y es que no se dibujar y es fundamental en mis libros ese enfoque a la práctica. Y eso lo da unas buenas ilustraciones. Puede parecer una tontería pero quería hacer las cosas bien hechas. Durante muchos años he estado recopilando ideas, tratamientos, experiencias. Y ya, de unos años para acá, me decidí. Nunca he querido cargar el peso de las publicaciones en las Teorías sino en lo práctico. En el último si incluyo algo de Teoría, pero esas Teorías ya están en otros libros ¿qué voy a poner yo? Las Teorías no curan a los enfermos. En referencia a mis libros estoy muy contenta, ya que se están reeditando. Creo que están más enfocados para los profesores, para que lo abran por cualquier página y expliquen lo que se está haciendo. Una buena idea sería incluirlo como libro de texto de prácticas.

P. Tu nos explicabas muchos marcos de referencia. Pero sobre todo a ser eclécticos...

R. Si. Por ejemplo, el concepto Bobath ha ido evolucionando, ahora se incluye la eutonía, lo han integrado y también han integrado en el marco otros aspectos de la rehabilitación, pero ya no se puede considerar Bobath.

La inhibición refleja por postura, y luego por acción, esa era la esencia del concepto. Uno no se puede cerrar a un marco, todos tienen algo bueno, no se puede ser fundamentalista. Todo lo que vaya a movimiento normal vale; normalizar tono, postura, de acción y ser muy observador en los aspectos a evaluar ya que ello nos conduce al tratamiento.

P. Comentas en el libro de la artrosis que lo primero que tiene que hacer el TO es informar de que existe esta forma de tratamiento?

R. Si, mira una de las intenciones de escribir ese libro era precisamente la de plasmar el tratamiento del dedo "en resorte". Además porque lo sufrí en mis carnes. Lo traté y empecé a investigarlo. Luego, indagaba en los pacientes que trataba con otras patologías y conseguí 4/5 enfermos con dedos en resorte y los traté y funcionó. Se lo comente al traumatólogo. Le dije "Mira tengo una técnica que en 8-10 días curamos los dedos en resorte. Mándame los pacientes que tengas". Él me dijo que muy bien, pero nunca me mandó a nadie.... Me acuerdo de un caso que operaron a un paciente del dedo en resorte (que yo lo podía haber tratado con mi método) y venía después de intervenido con un síndrome hombromano, debido al postoperatorio. Con esto quiero decir que lo primero es difundir lo que podemos



hacer. No dar por supuesto que la gente lo conoce.

P. El campo de la sensibilidad. ¿No te parece que para ser de TO está quedando en un segundo plano?

R. Es muy importante y básico para la rehabilitación. Yo personalmente lo he tratado muchísimo, y como tal lo incluyo en uno de mis libros.

P. ¿Por qué no acaba de despegar el campo de la reumatología?

R. Pues no lo se muy bien, porque todas las férulas de miembros superior son de Terapeutas Ocupacionales y todas las férulas que se han diseñado ha sido por Terapeutas Ocupacionales. Yo recuerdo un caso de una mujer que gracias a una férula fue recuperando movilidad en el codo y de cuál fue su sorpresa cuando volvió a verse un lunar que hacía mucho tiempo que no se veía (risas). Hay que darse cuenta que el cuerpo humano es muy elástico, con paciencia se pueden conseguir grandes cosas. Yo he tratado muchos reumáticos tanto niños como adultos.

P. ¿Qué te parece el resto de libros que hay de TO actualmente?

R. Los encuentro muy teóricos, yo me pierdo entre tanto Modelo. Yo estoy en contra de encasillarnos en ideas, por eso soy ecléctica. La evolución del ser humano siempre es la misma, sin embargo si observamos la forma de caminar, puede ser distinto en distintas culturas. Cambia el ritmo. Así pues tenemos que rescatar las bases del desarrollo infantil y tener unas buenas bases de biomecánica, neurología, patología...

P. Hay muy poco publicado en TO en España.

R. Menos teníamos cuando yo empecé. Entonces no había absolutamente nada. Si te fijas las referen-

cias de mis libros son casi todas extranjeras. En español hay algo publicado, sobre todo en el área de la Psicología, pero en tratamiento físico sólo en Fisioterapia. Yo hasta que no estuve muy segura no me atreví a publicar.

P. Por cambiar de temas ¿qué te parece la Ley de dependencia?

R. Hombre en principio es positiva. La figura esa controvertida del asistente personal es asimilable a Terapia Ocupacional. Es un nuevo campo en el que tenéis que tratar de entrar. Mi lucha fue por la Diplomatura y por el cambio de denominación de Terapia Ocupacional por el de Ergoterapia. La gente me malinterpretó porque en mi diploma pone Ergoterapeuta. Se pensó que defendía algo en mi propio beneficio. Ahora ya no ejerzo y, sin embargo, sigo pensando lo mismo. A veces las manualidades (si no hay algo más) nos "machacan" la profesión. Y además hay que abrir nuevos campos. Sería estupendo entrar en Atención Primaria y en los colegios ¿No te parece?

P. Veo que ves mal la situación actual ¿Cómo ves al cuerpo corporativo?

R. ¿Tú crees que el Colegio Profesional haría a la gente mejor? Yo estoy a favor del Colegio Profesional, pues eso llevaría a luchar contra el intrusismo y a defender nuestra filosofía de intervención. Sin embargo también puedo percibir otros intereses.

P. ¿Investigación?

R. Todo es investigación. Las herramientas son el enfermo, tu conocimiento y tu observación. Los que empezamos no teníamos nada, ni libros. Lo demás se ha hecho gracias a la investigación. Por ejemplo las técnicas que desarrollé para recuperar el movimiento normal, eso es investigación.

P. ¿Cual es la mayor carencia en la profesión?

CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA

BEAUDRY BELLEFEUILLE

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

Teléfono: 609 75 09 62





y comprobando como lo aceptaba el paciente. De forma que cuando les daba el alta les hacía un pequeño examen de demostración de lo aprendido. Así me daba cuenta si se involucrarían en el tratamiento. Es muy importante crearles una rutina de actuación en el domicilio. Les inculcaba mucho la introducción de los ejercicios dentro de la rutina de la vida diaria, ya que el Departamento es un medio un tanto artificial.

En Inglaterra existe el tratamiento domiciliario que depende directamente del Hospital y esto lo veo muy positivo, ya que es en el domicilio donde podemos percibir mejor las dificultades del paciente.

Tenemos que tener claro y así comunicárselo a la familia que todo lo que pueda hacer por si mismo el paciente beneficia a la familia y a los cuidadores aligerán-

doles la carga de trabajo que supone.

R. Aunque reconozco que en nuestra filosofía está la OCUPACIÓN, siempre he opinado que en España no se comprende igual que en los países anglosajones porque la ocupación se oye en primer lugar mientras que aquí se oye en el último y es lo que se recuerda. La Terapia como que queda relegada o no se oye. Por otra parte creo que perdimos el momento de cambiar el nombre cuando obtuvimos la Diplomatura así que creo que si se pudiera habría que estudiar la posibilidad de cambiar el nombre (es mi opinión personal).

Luego está la falta de interés, de motivación y de estudio de algunos profesionales. Siempre es lo mismo. A mi se me cae el alma a los pies cuando entro en un departamento y veo al TO de espaldas al paciente o leyendo una revista. Falta profesionalidad.

P. ¿Cuáles son las cualidades básicas de un TO?

R. Cando estábamos elaborando los futuros planes de estudios de la Diplomatura desarrollamos un perfil profesional. Mi opinión fue que lo más importante era el poder de observación, la paciencia, la capacidad de comunicación, la creatividad, la motivación, la profesionalidad, el deseo de conocimiento. Para mí esos son los aspectos fundamentales.

P. La continuidad de cuidados...

R. Es muy importante la comunicación con la familia del paciente. Yo tenía por norma enseñar los ejercicios a la familia. No el primer día pero en días sucesivos les iba enseñando los ejercicios uno por uno, supervisando la forma de realizarlos

P. ¿Qué recomendarías a los TO?

R. Que sigan estudiando, que vayan a la base del movimiento normal, que lo analicen y lo investiguen. Que analicen las distintas funciones y los mecanismos y sistemas que entran en juego en cada actividad. Hay que tener muchos conocimientos y demostrar que los tenemos para que no vuelvan a llamarnos "las cesteras". Esto se lo he oído a algunos pacientes.

P. ¿Quieres añadir algo a la entrevista?

R. Que aún la gente no sabe quienes somos, que nos confunden con los Fisioterapeutas (en el mejor de los casos). Y tenemos que demostrar que también somos Rehabilitadores, que nuestra profesión es muy válida a la sociedad, pero que no se puede reclamar nada mientras el Terapeuta no demuestre que es un profesional, que tiene suficientes bases científicas y se pelee siempre enarbolando sus conocimientos.

Desde la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a Alicia Chapinal por la concesión de la entrevista y por permitirnos compartir sus opiniones con todos los lectores.

(Entrevista realizada por Gabriel Sanjurjo en Enero de 2007).

LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

THE APPLICATION OF THE VALUATION INSTRUMENT OF THE DEPENDENCE SITUATION

Gabriel Sanjurjo Castelao

Terapeuta Ocupacional. Valorador de la dependencia. Área IV

Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias

● RESUMEN

El objetivo de este artículo es acercar el procedimiento de valoración de la situación de dependencia a los Terapeutas Ocupacionales recogido en el RD 504/2007. Se presentan los diferentes tipos de valoración así como la aplicación de cálculo y combinaciones para la determinación del grado de dependencia según edades y patologías.

● PALABRAS CLAVES

Terapia Ocupacional, valoración de la dependencia,

● INTRODUCCIÓN

Desde la aprobación de la "Ley de Dependencia" se ha abierto un campo, todavía no precisado, de posibilidades para el desarrollo de todos los aspectos de la Terapia Ocupacional (desde la valoración a la intervención, pasando por; planificación, prescripción de ayudas técnicas, etc...). La parte que corresponde a la valoración es crucial en todo el sistema de atención a las personas en situación de dependencia. En esta valoración se pone de manifiesto las dificultades reales de los individuos para desenvolverse en sus actividades más básicas. Sin este desenvolvimiento autónomo se genera dependencia, cuidados por parte de otra persona. Además las dificultades hay que relacionarlas de forma coherente con el uso tanto de ayudas técnicas como de órtesis/ prótesis y siempre en el entorno habitual de la persona. Es, pues, fundamental el conocimiento de los TO de los aspectos más relevantes en la aplicación de dicha valoración, ya que es la dependencia (derivada de la interacción del individuo en sus actividades básicas e instrumentales) el eje central de la intervención desde Terapia Ocupacional. Este artículo pretende acercar de forma general y estructurada todo el proceso de aplicación de los baremos. Este artículo no pretende abordar el baremo con la profundidad necesaria para la aplicación exacta, labor esta de los valoradores, si no dar a conocer las líneas generales que le sirven de guía y que están a disposición del público. Para cualquier ampliación se recomienda al lector acudir tanto a la CIF como al RD 504/2007.

Evidentemente, el instrumento, como todo instrumento de medición, necesita correcciones y ampliacio-

● ABSTRACT

The aim of this article is approaching the method of the valuation of the dependence situation to Occupational Therapist collected in the RD 504/2007. Different types of valuation, as well as the application of calculation and combinations for the determination of the dependence level according to age and pathologies, are presented in this article.

● KEY WORDS

Occupational therapy, dependence's valuation,

nes en áreas que a día de hoy quedan sin concretar (amputados, trastornos de deglución, etc...). Estas revisiones están ya programadas en base a la experiencia de los primeros valoradores que aplican el instrumento. En este sentido hay que resaltar que una de las pioneras, si no la primera, comunidad autónoma en aplicar el instrumento ha sido el Principado de Asturias, es pues probable que a la publicación de este artículo todavía no se haya iniciado en todas las CCAA la valoración de la situación de dependencia. En este sentido cabe resaltar los cambios efectuados en la aplicación del baremo durante los meses previos al verano de 2007, en el que la Fundación Catalana del Estudio del Envejecimiento, coordinadora de las cuestiones que atañen a la aplicación del instrumento, está trabajando.

Para la aplicación adecuada de este instrumento, aparte de una formación específica, se requiere también un adecuado manejo de la comunicación y técnicas de manejo de entrevista, profundas dosis de observación analítica y una buena capacidad de síntesis. Todas estas habilidades son exigidas continuamente en la aplicación práctica del instrumento.

● LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El desarrollo de la Ley 39/2006 precisa de una correcta ubicación de las personas en situación de dependencia en cuanto al grado de dependencia y su nivel.

Se define dependencia en la Ley (art. 2.2) como " el estado de carácter permanente en que se

encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal". La necesidad de un instrumento, que pueda englobar la diversa gama y matices que nos encontramos, es clara. La Ley propone dos grupos de edad: mayores de 3 años y menores de 3 años. Para los primeros se desarrolla el Baremo de valoración de la dependencia (BVD) y para los segundos la escala de valoración específica de la situación de dependencia en edades de 0 a 3 años (EVE). El procedimiento, en el caso del Principado de Asturias, se regula mediante el Decreto 68/2007 de 14 de Junio, aprobado anteriormente por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con fecha de 17 de Abril de 2007. Se explica a continuación la aplicación de cada una de las valoraciones de la situación de dependencia:

• EL BAREMO DE VALORACIÓN DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (BVD):

El BVD permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006. El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años.

La Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la dependencia 39/2006 de 14 de Diciembre establece la valoración del grado y nivel de dependencia de las persona. Esta valoración se establece por el Real Decreto 504/2007 de 20 de Abril, pasándose a denominar Baremo de Valoración de situación de Dependencia (BVD) corregido en el BOE de 18 de mayo- 10020. Dicho BVD ha sido diseñado teniendo en cuenta experiencia de países de nuestro entorno y de grupos de trabajo estatales. Se hizo un estudio de pilotaje sobre 2.432 personas discapacitadas de entre 3 y 98 años en Julio de 2006. En Asturias fueron escogidos 46 casos acabando las valoraciones el 22 de Septiembre de 2006. Se utilizaba el Inventario para la valoración de la dependencia (con parte del baremo de ayuda a tercera persona para personas de más de 75% de reconocimiento de minusvalía, y parte de la Escala de Barthel). Este Inventario era muy similar al actual BVD pero no incluía ni las actividades de "tareas domésticas" ni las actividades de "toma de decisiones". Para definir y establecer los pesos de las tareas y actividades se formó el grupo Delphi. Los estudios a los que se ha visto sometido arrojan resultados favorables en cuanto a su validez y fiabilidad interna.

Cabe destacar que existe un BVD y uno específico (BEVD) para casos de discapacidad intelectual, enfermedad mental o que tengan afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, tales como la sordoceguera y el daño cerebral, entre otros. En este caso el BEVD está ampliado en una actividad que se denomina "Toma de decisiones" y además varía la puntuación y los pesos de las actividades.

Este artículo se centra exclusivamente en la aplicación del instrumento de valoración, dejando de lado el Plan Individualizado de Atención, área compleja y derivada de la valoración.

• SITUACIONES DE DEPENDENCIA:

El BVD puntúa de 0 a 100 siendo 0 la máxima autonomía y 100 la máxima dependencia.

- Grado I. *Dependencia moderada*: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.

- Grado II. *Dependencia severa*: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

- Grado III. *Gran dependencia*: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

Asimismo dentro de cada grado de dependencia se establecen dos niveles un Nivel I y un Nivel II. Evidentemente en función del grado y, dentro de este, del nivel de dependencia vendrán vinculados unos servicios/ prestaciones u otros, como, por ejemplo, las horas de atención mensuales. Es decir, la aplicación del BVD marcará una intensidad de protección, determinada por el contenido prestacional y la extensión o duración del mismo.

• CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL BVD

Hay que tener en cuenta que la uniformidad en el proceso de valoración es fundamental. La aplicación no puede desviarse ya que las consecuencias son extremadamente importantes en el establecimiento del grado y nivel de la severidad de la dependencia.

De acuerdo con lo dispuesto por el RD 504/2007 (y las correcciones dispuestas en el BOE de 18 de Mayo), se deben contemplar los siguientes criterios de aplicación:

1. La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional entrenado en el BVD. La presencia de otra persona, especialmente el cuidador/a es fundamental para la aplicación en casos de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, o tengan afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, tales como la sordoceguera y el daño cerebral entre otros. En este último caso se aplicará en formato de entrevista al cuidador. La presencia del usuario es siempre necesaria, siendo realizada en el lugar de residencia habitual.

En el caso de sordoceguera y ceguera total se puede solicitar informe específico sobre la situación.

2. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (Art. 27.5 de la Ley). Además, éstas, se deberán poner en relación con las barreras existentes en su entorno habitual.

Solamente aquellas que utilice y estén presentes en el momento de la valoración. Se descartan aquellas que, siendo claramente favorecedoras del desempeño, no las utilice en ese momento el usuario, por desconocimiento o por cualquier otra causa.

3. El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona valorada. La esencia de la valoración es situar las diferentes capacidades para realizar actividades en relación con su entorno, las barreras y los facilitadores que se presentan. El entorno habitual de la persona es el lugar donde reside la mayor parte del año, incluyéndose pisos tutelados y centros residenciales.

En las siguientes actividades y tareas el entorno habitual se corresponde a dentro y fuera del entorno domiciliario: Comer y beber; regulación de la micción/defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. En el resto de actividades y tareas el entorno habitual se corresponde al domicilio habitual. En el caso de Asturias según el decreto por el que se regula el procedimiento puede realizarse en otras instalaciones de forma excepcional y siempre previa motivación escrita (Art. 12. Decreto de 14 de Junio).

4. Se valora la necesidad de apoyo de otra persona en la actividad o tarea aunque la persona valorada lo esté recibiendo actualmente y con independencia de éste.

Este es un punto clave en la correcta aplicación del BVD ya que es necesario cierta capacidad de detección de problemas de sobreprotección, acentuación de dependencia, etc..



5. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental (Art. 27.4 de la Ley), así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

6. Para valorar la capacidad de la persona valorada para realizar por sí misma y de forma adecuada las tareas que se describen en el BVD debe tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad mental y/o de iniciativa, siempre y cuando existan deficiencias permanentes (motrices, mentales, intelectuales, sensoriales o de otro tipo). En caso de patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en la situación basal del paciente, para lo que debe tenerse en cuenta la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.

Cualquier necesidad de participación de otra persona en la iniciativa, comprensión o ejecución física de forma coherente implica que la persona no es capaz, es decir, que genera dependencia. En estos casos el criterio es aplicable cuando venga reflejado el diagnóstico en el informe de condiciones de salud.

7. La valoración del desempeño de la persona valorada en las distintas tareas se enmarca en la valoración global de la actividad correspondiente. En aquellos casos en que las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva, que son capaces de realizar las tareas de la actividad de un modo aislado, pero que requieren de apoyo y supervisión general para la realización, de un modo comprensivo, de la actividad en su conjunto se valorarán con falta de desempeño en todas las tareas de la actividad correspondiente.

De ahí la importancia del valorador en ser sintetizador en cuanto a las tareas de las actividades.

8. El valorador identificará el nivel y los problemas de desempeño que tiene la persona valorada en las

tareas que se incluyen en este formulario de acuerdo con los criterios de aplicación mencionados. Así mismo, señalará también el grado de apoyo de otra persona que requiere la persona valorada para llevar a cabo las tareas y actividades. Siendo este extremo de vital importancia ya que según el grado de apoyo la puntuación variará en consecuencia.

9. La valoración de actividades y tareas se realiza de acuerdo con los criterios de aplicabilidad que recoge la tabla de grupos de edad y de existencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental (en adelante DI/EM) u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva (ver anexo I y II).

● **NIVELES EN EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS:**

La valoración del desempeño nos puede dar varios niveles:

● **SÍ**, la persona valorada es capaz de realizar la tarea sin el apoyo de otra persona.

● **NO**, la persona valorada necesita el apoyo de otra persona. Codificar tipo de problemas y grado de apoyo.

● **NO APLICABLE:** Todavía se debate algunos de los aspectos a incluir en este epígrafe.

Existen algunas actividades y tareas que según la edad se valoran como No Aplicable. En ningún caso se debe dejar sin cubrir la valoración del nivel del desempeño.

● **PROBLEMAS EN EL DESEMPEÑO DE TAREAS:**

La siguiente codificación consiste identificar los problemas para la NO realización de las tareas de las actividades. Son incluyente, es decir se pueden señalar uno, dos o los tres siempre y cuando exista DI/EM o tienen alterada su capacidad perceptivo-cognitiva.

F. No ejecuta físicamente la tarea.

C (solo aplicable en DI/EM). No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación.

I (solo aplicable en DI/EM). No muestra iniciativa para la realización de la tarea.

● **GRADOS DE APOYO DE OTRA PERSONA EN LAS TAREAS:**

SP. Supervisión/ Preparación. La persona valorada sólo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para

realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro.

FP. Asistencia física parcial. La persona valorada requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad.

FM. Asistencia física máxima. La persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad.

ES. Asistencia especial. La persona valorada presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo de otra persona en la realización de la actividad.

Hay que considerar que el tiempo de apoyo no es referencia ya que puede tener un grado de apoyo de física parcial y tener una duración de apoyo mucho mayor que un grado de física total.

● **ACTIVIDADES Y TAREAS**

Dentro de los dos baremos (BVD y BEVD) se contemplan diez actividades. El BEVD además se complementa con la actividad de toma de decisiones. Las actividades enumeradas por orden son las siguientes:

- Comer/beber.
- Regulación micción/defecación.
- Lavarse.
- Otros cuidados corporales.
- Vestido.
- Mantenimiento de la salud.
- Traslados corporales.
- Desplazarse dentro del hogar.
- Desplazarse fuera del hogar.
- Tareas domésticas.
- Toma de decisiones. (sólo en BEVD).

Cada actividad está dividida en tareas que tratan de abarcar el mayor espectro de cada actividad para dar una representatividad de la dependencia real y actual. Todas las definiciones y términos son asimilables a los de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, OMS 2001). Es recomendable, en caso de no comprensión de alguno de los términos o tareas acudir a dicha fuente.

● **DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA**

La puntuación final se obtiene de la suma de los pesos de las tareas, en que la persona valorada no tiene desempeño/autonomía, ponderada por el coeficiente del grado de apoyo en cada tarea y el peso de la actividad correspondiente.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva se empleará además una tabla específica de pesos de las

tareas, seleccionando como puntuación final aquella que resulte más beneficiosa para la persona valorada.

Quiere decir esto que cada actividad tiene un peso (puntuación) propio y diferente al resto de actividades.

Dentro de una actividad cada tarea tiene otro peso propio según rango de edad.

Estos pesos se multiplican entre sí y se ponderan con el coeficiente que determina el grado de apoyo. Veamos un ejemplo:

Una persona de 60 años que necesita ayuda física parcial en el lavado para manos y cara por problema físico, y física máxima para lavado de parte inferior y superior del cuerpo por problema físico se calcularía de la siguiente forma.

- Lavado de manos: $0.15 \times 0.90 \times 8.8 = \dots\dots 1,188$
- Lavado de cara: $0.15 \times 0.90 \times 8.8 = \dots\dots 1,188$
- Lavado parte inferior: $0.35 \times 0.95 \times 8.8 = \dots\dots 2,926$
- Lavado parte superior: $0.35 \times 0.95 \times 8.8 = \dots\dots 2,926$
- TOTAL en Lavado: 8,228

Y así en todas las actividades hasta la aplicación completa del baremo.

Si la persona valorada emplea nutrición/hidratación artificial y requiere el apoyo de otra persona, se sumará a la puntuación total el equivalente al 25% del peso correspondiente de la actividad de comer y beber. En este caso, la puntuación total obtenida en comer y beber, no podrá superar el peso total correspondiente a esta actividad.

Hay que volver a resaltar que si el usuario es susceptible de pasar la actividad de toma de decisiones, es decir, el BEVD los pesos de las actividades y tareas cambian, no así el coeficiente del grado de apoyo que permanece inalterable en los dos baremos.

Al finalizar la baremación nos resultará una puntuación. Esta puntuación será redondeada el decimal superior a 0,5 al entero más próximo por arriba. Esta puntuación determinará el grado y nivel de dependencia según la siguiente tabla:

Puntos		Puntos	
Grado I	25-49	Nivel 1	25-39
		Nivel 2	40-49
Grado II	50-74	Nivel 1	50-64
		Nivel 2	65-74
Grado III	75-100	Nivel 1	75-89
		Nivel 2	90-100

Existe la posibilidad de que el valorador contemple si es permanente o si existe un plazo para proceder a una nueva revalorización.

● **TABLAS DE GRUPOS DE EDAD**

Se comenta anteriormente que existe una tabla de edad para la aplicabilidad de determinadas tareas, lo cuál es lógico ya que, por ejemplo, una tarea evaluar dentro de la actividad de Tareas domésticas es hacer la compra y es realmente difícil encontrar un niño menor de 12 años que pueda completar toda la tarea (tal y como viene definida en la CIF). Se muestra ahora la tabla de aplicabilidad de las diferentes actividades y tareas.



Se recuerda que para estas situaciones el sistema de puntuación tiene en cuenta el rango de edad, variando el peso de las actividades y de las tareas incluidas en cada una (ver Anexo I y II).

● **NOTAS DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD**

En el BVD y en el BEVD en todas y cada una de las actividades se incluyen una serie de apartados donde el valorador expone y relaciona el funcionamiento del individuo con sus problemas de salud, la utilización de ayudas técnicas la existencia de barreras/facilitadores del entorno. Son aspectos importantes a tener en cuenta en la valoración y son claves para la coherencia y la calidad de la misma. Dichos apartados son los siguientes:

Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan al desempeño del individuo en dicha actividad: Se relacionan los problemas diagnosticados con la actividad.

Descripción del funcionamiento del individuo en la actividad: Se completa de la forma más precisa posible como lleva a acabo la actividad o las tareas.

Identificación de ayudas técnicas: Se anotan las ayudas técnicas existentes y relevantes para el desempeño de la actividad.

Barreras o facilitadores del entorno: Se recogen en función de lo observado por el valorador (ambientales, físicas, sociales, etc.).

Otras observaciones: Son los aspectos de relevancia detectados por el valorador y no recogidos anteriormente, incluye identificación de problemas no reflejados en informe de condiciones de salud e indicaciones para la intervención posterior (PIA) entre otras.

• **LA ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA PARA PERSONAS MENORES DE TRES AÑOS (EVE).**

Recogido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, según lo establecido por la Ley 39/2006 de 14 de Diciembre. En este sentido se recoge que los menores de tres años serán objeto de valoración por las situaciones originadas por condiciones de salud de carácter crónico, prolongado o de larga duración. Esta valoración no tendrá carácter permanente y se establecen revisiones periódicas a los 6, 12, 18, 24 y meses. Cuando la persona cumpla los 36 meses deberá ser valorada de nuevo con el BVD para mayores de 3 años.

El EVE establece tres grados de dependencia: moderada, severa y gran dependencia, correspondiendo con la puntuación final de 1, 2 y 3 puntos. No se establecen niveles dentro de los grados y se asigna el nivel 2.

Al igual que el BVD se establecen unas normas para la valoración de la situación de dependencia teniendo como referente la CIF de la OMS, mediante una comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad, sin las condiciones de salud por la que se solicita la valoración.

Hay que tener en cuenta que para la adecuada valoración hay que observar que:

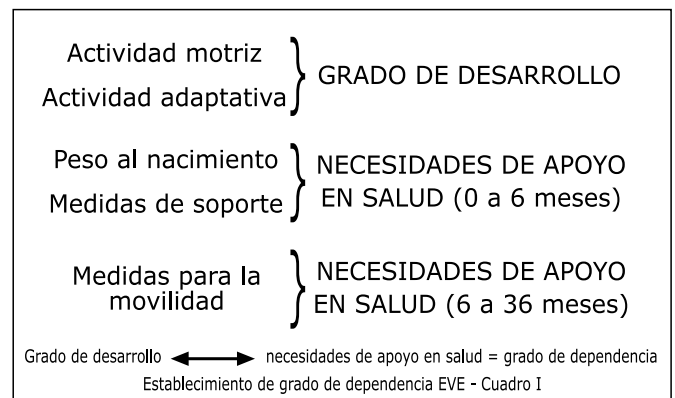
- La valoración se realiza en el entorno habitual de la persona, que puede ser domicilio, Hospital, Escuela Infantil, Unidad de Atención Temprana, etc..
- El valorador debe observar, por si mismo, el nivel de adquisiciones de la persona y/o la necesidad de utilizar medidas de apoyo.
- No es necesario el empleo de material específico.
- Es importante el cálculo adecuado en meses.
- Se estudiará la presencia de los padres/familiares/cuidadores y la hora de la cita con antelación a fin de optimizar el proceso de valoración y hacerlo en las mejores condiciones posibles.

- Se prestará especial atención al establecimiento de una buena relación, intentando dar un formato lúdico y a través de la observación recoger los datos necesarios. Cuando esto no fuera posible se explicará al cuidador lo que debe hacer y si no provocará el hito a estudiar el propio valorador.

- Como en el BVD se valora la capacidad independientemente de la ayuda que se le preste.

• **ESTABLECIMIENTO DEL GRADO DE DEPENDENCIA**

El EVE valora determinadas variables y mediante un proceso combinatorio, no sumatorio como el BVD y el BEVD, establece el grado de dependencia de la persona menor de 3 años (ver Cuadro I).



Cuadro I

Cada variable viene determinada a su vez por un proceso combinatorio de las puntuaciones en cada apartado. Se exponen los siguientes apartados:

Variables del desarrollo:

1. Actividad motriz: Funciones y actividades de movilidad mediante 19 hitos evolutivos, valorando el hito de edad correspondiente y todos los anteriores (ver tabla I).

2. Actividad adaptativa: Funciones y actividades de adaptación al medio, valorando el hito de edad correspondiente y todos los anteriores (ver tabla II).

Para la aplicación del instrumento de valoración en estas dos actividades se siguen los siguientes pasos:

- Se observa si ha conseguido/adquirido el hito correspondiente a la edad en meses y se codifica como SI o NO. En caso de no existir hito correspondiente se aplica el inmediatamente anterior a éste.
- En caso negativo se le aplican todos los hitos correspondientes a las edades inferiores.

VARIABLES DEL DESARROLLO: ACTIVIDAD MOTRIZ		ADQUISICION	
HITOS	MES	SI	NO
1 Ajusta Tono muscular	0		
2 Mantiene postura simétrica	0		
3 Tiene actividad espontánea	0		
4 Sujeta la cabeza	4		
5 Se sienta con apoyo	5		
6 Gira sobre sí mismo	7		
7 Se mantiene sentado sin apoyo	9		
8 Sentado sin apoyo, se quita un pañuelo de la cara	10		
9 Pasa de tumbado a sentado	11		
10 Se pone de pie con apoyo	12		
11 Da pasos con apoyo	13		
12 Se mantiene de pie sin apoyo	15		
13 Anda solo	18		
14 Sube escaleras sin ayuda	20		
15 Empuja una pelota con los pies	24		
16 Baja escaleras sin ayuda	27		
17 Traslada recipientes con contenido	30		
18 Anda sorteando obstáculos	32		
19 Se mantiene sobre un pie sin apoyo	33		

Tabla I

- Se busca la puntuación en base al corte en el cuál aparece un hito adquirido. Hay que observar que, por regla general, a un retardo en la adquisición de tres meses o más se le da la puntuación 3, a un retardo de dos meses 2 y a un retardo de un mes 1 (para más información sobre las puntuaciones es conveniente consultar el RD 504/2007).

Necesidades de apoyo en salud:

1. Peso al nacimiento: Peso recogido en informe clínico del parto, informe de alta hospitalaria o Hª clínica. Se valora desde el nacimiento hasta los 6 meses

(ver tabla III). Se basa en la edad cronológica no en la gestacional y se puntúa hasta los 6 meses independientemente del aumento de peso producido desde el nacimiento hasta el momento de la valoración.

VARIABLES DEL DESARROLLO: ACTIVIDAD ADAPTATIVA		ADQUISICION	
HITOS	MES	SI	NO
1 Succiona	0		
2 Fija la mirada	2		
3 Sigue la trayectoria de un objeto	4		
4 Sostiene un sonajero	4		
5 Tiende la mano hacia un objeto	6		
6 Sostiene un objeto en cada mano	8		
7 Pasa un objeto de una mano a otra	9		
8 Recoge un objeto con oposición del pulgar	10		
9 Tira de un cordón para alcanzar un juguete	11		
10 Manipula el contenido de un recipiente	14		
11 Abre cajones	16		
12 Bebe solo	18		
13 Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	22		
14 Se quita una prenda de vestir	24		
15 Reconoce la función de los espacios de la casa	26		
16 Imita trazos con el lápiz	27		
17 Abre una puerta	30		
18 Se pone una prenda de vestir	33		
19 Abre un grifo	33		

Tabla II

TABLA DEL PESO AL NACIMIENTO	
Peso recién nacido	Puntuación
Menor de 1.100 grs.	3
Entre 1.100 y 1.500 grs.	2
Mayor de 1.500 grs. y menor de 2.200 grs.	1

Tabla III



- h o Meo pATÍA
- r ehABil iTAción
- Dr enAje I nf áTico MAnuAl
- q uir oMAsAje
- MAsAje inf AnTil

TRATAMIENTOS PROFESIONALES DESDE 1999

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

2. Medidas de soporte para las funciones vitales: Necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico como apoyo a funciones fisiológicas básicas de alimentación, respiración, función renal y/o urinaria, control del dolor e inmunidad. Se valora desde el nacimiento hasta los 36 meses (ver tabla IV). Se valoran 17 ítems correspondientes a 5 funciones, desde el nacimiento hasta los 36 meses. Cuando una persona precisa más de una medida se realiza la siguiente combinación:

- Una puntuación de 3 en cualquiera de los ítems se asigna un 3.
- Una puntuación de 2 en al menos 3 ítems se asigna un 3.
- Una puntuación de 2 en cualquiera de los ítems se asigna un 2.
- Una puntuación de 1 en, al menos 4 ítems se asigna un 2.

MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES	
1 ALIMENTACION	Puntuación
1.1 Sonda nasogástrica exclusiva	2
1.2 Parenteral exclusiva	3
1.3 Alimentación exclusiva por estoma	2
1.4 Sonda nasogástrica complementaria a la vía oral	1
1.5 Parenteral complementaria de la vía oral	2
1.6 Estoma eferente	1
2 RESPIRACION	
2.1 Respirador mecánico	3
2.2 Aspiración continuada	2
2.3 Oxigenoterapia permanente	2
2.4 Monitor de apneas	1
3 FUNCION RENAL Y/O URINARIA	
3.1 Diálisis	2
3.2 Sondaje vesical permanente	1
3.3 Estoma urinario	1
4 FUNCION ANTIALGICA	
4.1 Bomba de perfusión analgésica continua	2
4.2 Catéter epidural permanente	2
5 FUNCION INMUNOLOGICA	
5.1 Aislamiento	2
5.2 Semiaislamiento/mascarilla permanente	1

Tabla IV

- Una puntuación de 1 en, al menos 2 ítems se asigna un 1.
- Una puntuación de 1 en un ítem cualquiera se asigna un 0

3. Medidas para la movilidad: Necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico que inciden en funciones relacionadas con el movimiento. Se definen como medidas facilitadoras de la movilidad, la utilización de prótesis, órtesis, casco protector. Se definen como medidas restrictivas de la capacidad de movimiento la necesidad de: fijaciones músculo-esqueléticas, protección lumínica, vendaje corporal y de procesador del implante coclear. Se valoran desde los 6 hasta los 36 meses (ver tabla V). En el caso de precisar más de una medida debe realizarse una combinación siguiendo las siguientes reglas:

- La suma de las puntuaciones igual o mayor de 5 se asigna un 3.
- La suma de las puntuaciones igual o mayor de 2 se asigna un 2.

MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD	
MEDIDAS	Puntuación
Fijación vertebral externa	1
Fijación pelvipédica	2
Fijación de la cintura pélvica	1
Tracción esquelética continua	2
Prótesis/órtesis de miembros superior y/o inferior	1
Casco protector	1
Vendaje corporal	1
Protección lumínica permanente	1
Procesador de implante coclear	1

Tabla V

• **CÁLCULO DE PUNTUACIONES Y DETERMINACIÓN DE GRADO DE DEPENDENCIA**

Siguiendo el Cuadro I lo primero a calcular es el grado de desarrollo, que sigue las siguientes combinaciones (ver tabla VI).

VARIABLES DEL DESARROLLO - CALCULO		
PUNTUACION		GRADO EN DESARROLLO
ACTIVIDAD MOTRIZ	ACTIVIDAD ADAPTATIVA	
3	3	3
3	2	2
3	1	2
3	0	2
2	3	2
2	2	2
2	1	2
1	3	2
0	3	2
2	0	1
1	2	1
1	1	1
0	2	1
1	0	0
0	1	0

Tabla VI

Después se calcula la puntuación obtenida en las necesidades de apoyo en salud. Aquí existen dos variantes:

- Combinación para menores de 6 meses (Tabla VII).
- Combinación para mayores de 6 meses y menores de 36 meses (ver Tabla VIII).

Una vez obtenido el grado de desarrollo y salud se combinan de la siguiente forma (ver Tabla IX):

Una puntuación de 3 asigna Grado III- Gran dependencia

Una puntuación de 2 asigna Grado II- Dependencia moderada.

Una puntuación de 1 asigna Grado I-Dependencia severa.

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD 0-6 MESES - CALCULO		
PUNTUACION		GRADO EN SALUD
PESO	FUNCIONES VITALES	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
1	3	3
0	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	2	2
0	2	2
0	1	1
1	1	1
1	0	0

Tabla VII

Bibliografía recomendada:

- Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de 2006.
- Boletín Oficial del Estado nº 96, de sábado 21 de Abril de 2007.RD 504/2007.



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 Oficial del Estado nº 119, de viernes 18 de Mayo de 2007. Corrección de errores.

• Boletín Oficial del Estado nº 138, de sábado 9 de Junio de 2007 .RD 727/2007

• Boletín Oficial del Principado de Asturias de 6 de Julio de 2007. Decreto 68/2007 de 14 de Junio.

• Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; CIF. 2001.

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD 6-36 MESES - CALCULO		
PUNTUACION		GRADO EN SALUD
FUNCIONES VITALES	MOVILIDAD	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	3	1
1	2	1
1	1	1
1	0	1
0	2	1
0	1	0

Tabla VIII



TABLA DE DEPENDENCIA		
GRADO		GRADO DE DEPENDENCIA
DESARROLLO	SALUD	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
1	3	3
0	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	2	2
0	2	2
1	1	1
1	0	1
0	1	1

Tabla IX





ANEXO I - TABLA DE PESO DE ACTIVIDADES-TAREAS				
ACTIVIDAD - PESO DE LA ACTIVIDAD - TAREAS	3 a 6 â	7 a10 â	11 a 17 â	18 y más â
COMER Y BEBER	29,1	19,3	19,3	17,8
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA	NA	SI	SI
Abrir botellas y latas	NA	0,10	0,10	0,10
Cortar o partir la carne en trozos	NA	0,25	0,25	0,25
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38	0,25	0,25	0,25
Sujetar el recipiente de bebida	0,23	0,15	0,15	0,15
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23	0,15	0,15	0,15
Sorber las bebidas	0,16	0,10	0,10	0,10
REGULACION MICCION/DEFECACION	24,2	16,1	16,1	14,8
Acudir a un lugar adecuado	0,25	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,19	0,15	0,15	0,15
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25	0,20	0,20	0,20
Limpiarse	NA	0,20	0,20	0,20
Continencia en micción	0,13	0,10	0,10	0,10
Continencia en defecación	0,18	0,15	0,15	0,15
LAVARSE	14,5	9,6	9,6	8,8
Lavarse las manos	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavarse la cara	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
OTROS CUIDADOS PERSONALES	NA	3,2	3,2	2,9
Peinarse	NA	0,33	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavarse el pelo	NA	0,33	0,25	0,25
Lavarse los dientes	NA	0,34	0,30	0,30
VESTIRSE	NA	12,9	12,9	11,9
Calzarse	NA	0,15	0,15	0,15
Abrocharse botones	NA	0,15	0,15	0,15
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA	3,2	3,2	2,9
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25
TRANSFERENCIAS CORPORALES	12,0	8,0	8,0	7,4
Sentarse	0,15	0,15	0,15	0,15
Tumbarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Ponerse de pie	0,20	0,20	0,20	0,20
Transferir mientras está sentado	0,25	0,25	0,25	0,25
Transferir mientras está de pie	0,30	0,30	0,30	0,30
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	20,2	13,4	13,4	12,3
Desplazamientos vinculados al autocuidado	0,50	0,50	0,50	0,50
Desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10	0,10	0,10	0,10
Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	0,15	0,15	0,15	0,15
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA	14,3	14,3	13,2
Acceso al exterior	NA	0,42	0,25	0,25
Desplazamiento alrededor del edificio	NA	0,42	0,25	0,25
Desplazamiento cercano	NA	0,16	0,10	0,10
Desplazamiento lejano	NA	NA	0,15	0,15
Utilización de medios de transporte	NA	NA	0,25	0,25
TAREAS DOMESTICAS	NA	NA	NA	8,0
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10



ANEXO II - TABLA DE PESO ESPECIFICA DE ACTIVIDADES Y TAREAS				
ACTIVIDAD - PESO DE LA ACTIVIDAD - TAREAS	3 a 6 á	7 a 10 á	11 a 17 á	18 y más á
COMER Y BEBER	18,3	10,9	10,9	10,00
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA	NA	SI	SI
Abrir botellas y latas	NA	0,10	0,10	0,10
Cortar o partir la carne en trozos	NA	0,25	0,25	0,25
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38	0,25	0,25	0,25
Sujetar el recipiente de bebida	0,23	0,15	0,15	0,15
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23	0,15	0,15	0,15
Sorber las bebidas	0,16	0,10	0,10	0,10
REGULACION MICCION/DEFECACION	12,8	7,6	7,6	7,0
Acudir a un lugar adecuado	0,25	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,19	0,15	0,15	0,15
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25	0,20	0,20	0,20
Limpiarse	NA	0,20	0,20	0,20
Continencia en micción	0,13	0,10	0,10	0,10
Continencia en defecación	0,18	0,15	0,15	0,15
LAVARSE	14,7	8,7	8,7	8,0
Lavarse las manos	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavarse la cara	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
OTROS CUIDADOS PERSONALES	NA	2,2	2,2	2,0
Peinarse	NA	0,33	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavarse el pelo	NA	0,33	0,25	0,25
Lavarse los dientes	NA	0,34	0,30	0,30
VESTIRSE	NA	12,6	12,6	11,6
Calzarse	NA	0,15	0,15	0,15
Abrocharse botones	NA	0,15	0,15	0,15
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA	12,0	12,0	11,0
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25
TRANSFERENCIAS CORPORALES	3,7	2,2	2,2	2,0
Sentarse	0,15	0,15	0,15	0,15
Tumbarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Ponerse de pie	0,20	0,20	0,20	0,20
Transferir mientras está sentado	0,25	0,25	0,25	0,25
Transferir mientras está de pie	0,30	0,30	0,30	0,30
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	22,2	13,2	13,2	12,1
Desplazamientos vinculados al autocuidado	0,50	0,50	0,50	0,50
Desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10	0,10	0,10	0,10
Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	0,15	0,15	0,15	0,15
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA	14,0	14,0	12,9
Acceso al exterior	NA	0,42	0,25	0,25
Desplazamiento alrededor del edificio	NA	0,42	0,25	0,25
Desplazamiento cercano	NA	0,16	0,10	0,10
Desplazamiento lejano	NA	NA	0,15	0,15
Utilización de medios de transporte	NA	NA	0,25	0,25
TAREAS DOMESTICAS	NA	NA	NA	8,0
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10
TOMA DE DECISIONES	28,3	16,7	16,7	15,4
Actividades de autocuidado	0,42	0,38	0,34	0,30
Actividades de movilidad	0,29	0,25	0,22	0,20
Tareas domésticas	NA	NA	NA	0,10
Interacciones personales básicas y complejas	0,29	0,25	0,22	0,20
Usar y gestionar el dinero	NA	0,12	0,11	0,10
Uso de servicios a disposición del público	NA	NA	0,11	0,10



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 2007
 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>



VI 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 2008 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 2008.

8. El fallo del jurado, que será inapelable, se hará público en el mes de Julio de 2008.

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

Revista Asturiana de Terapia Ocupacional

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