

Revista Asturiana de TERAPIA OCUPACIONAL

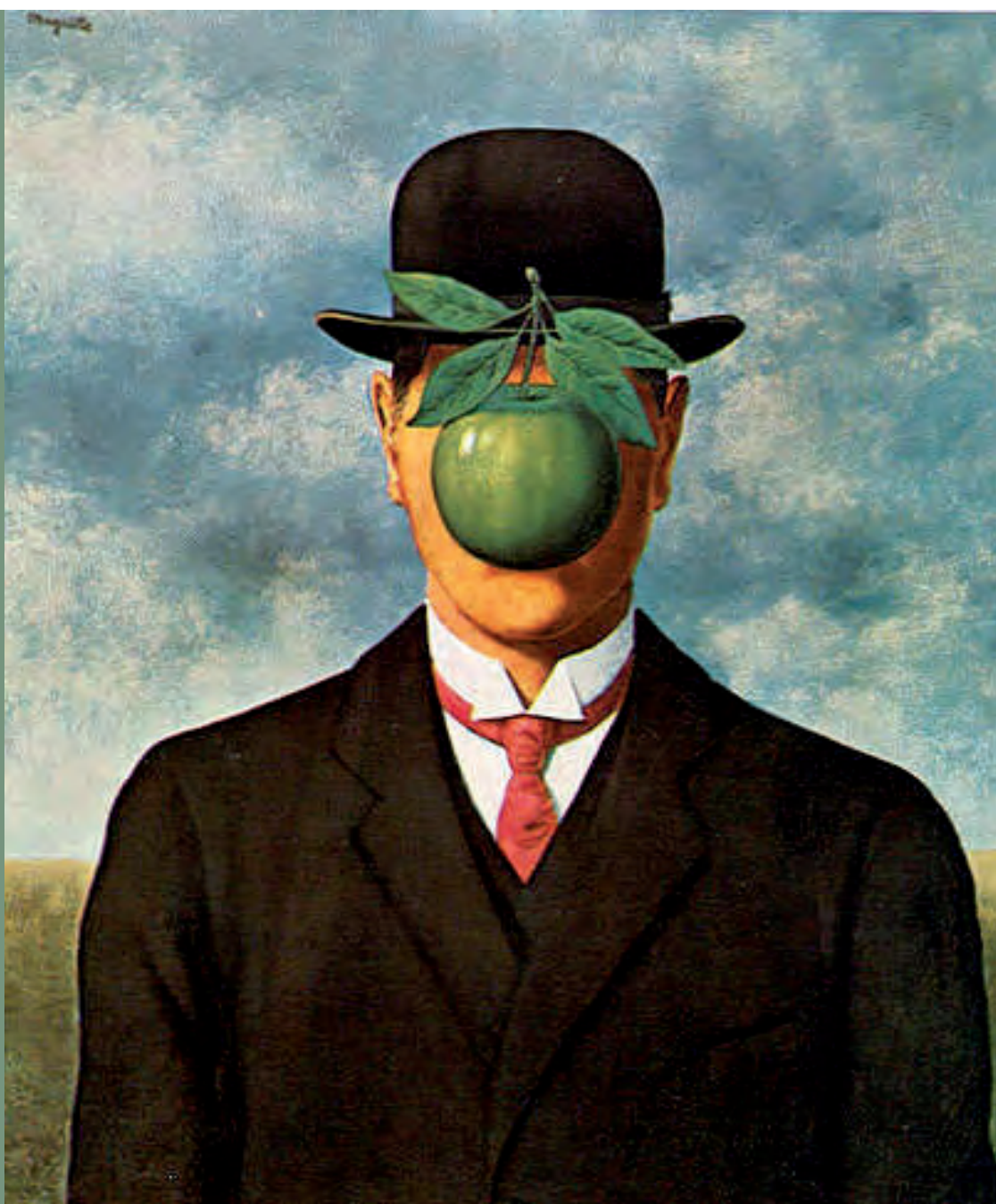
Beneficios de la práctica activa de la natación en pacientes con Fibrosis Quística.

Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y metodología.

Catástrofe hídrica y ocupación.

Opinión. Terapia Ocupacional y Ley de Dependencia en Castilla y León.

Opinión. Técnicas Ortoprotésicas en la vida diaria de un Terapeuta Ocupacional.



SUMARIO

CARTA DEL DIRECTOR PAG. 3

Beneficios de la práctica activa de la natación en pacientes con Fibrosis Quística

Benefits of the active practice of swimming in cystic fibrosis patients

Víctor M. Cabal Carvajal PAG. 4

Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología

Publicado con permiso de AENOR

Resumen realizado por Gabriel Sanjurjo Castelao y Rubén Fernández. Faes PAG. 11

Catástrofe hídrica y ocupación

Boffelli M. / Boggio C. / Chiapessoni D. / Demiryi M. / Heit M. PAG. 14

OPINIÓN

Terapia Ocupacional y ley de dependencia en Castilla y León

Pedro Solaeta Gómez PAG. 24

OPINIÓN

Técnicas ortoprotésicas en la vida diaria de un Terapeuta Ocupacional

Andrea Fernández Rodríguez. PAG. 25

Normas de publicación PAG. 26

VII beca para proyectos de investigación, estudio o intervención en Terapia Ocupacional "Susana Rodríguez" PAG. 27

Depósito Legal: AS-02720-2005

I.S.S.N: 1699-7662

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

CONSEJO DE REDACCIÓN

Víctor Manuel Cabal Carvajal
Saray De Paz Ranz
Elena Díaz Cáceres
Rubén Fernández Faes
David Gómez Fernández

FOTO PORTADA: Son of man
de René Magritte

revistasturto@hotmail.com

IMPRIME

IMPRESA GOYMAR
Padre Suárez, 2
33009 OVIEDO

Editado por:



CARTA DEL DIRECTOR

Después de demasiado tiempo tienen en sus manos un nuevo ejemplar de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Durante estos meses se han introducido cambios en la estructura del Consejo de Redacción, renovando el mismo con la incorporación de nuevos colaboradores. Este cambio, decidido por la Dirección, obedece a una necesidad sentida de proporcionar otros sentidos a la Revista y, por supuesto, fresca a la hora de abordar nuevos proyectos como los que se tienen en mente desde el Consejo de Redacción. Hemos querido empezar a modificar la Revista tanto en el fondo como en la forma, innovando en la medida de nuestras posibilidades y en las que el formato de una publicación de este tipo permite. Los nuevos colaboradores mantienen las premisas con las que nació la Revista; fuerte compromiso para con la profesión y asépticos en cuanto a intereses personales. Estoy convencido de que todas estas cualidades redundarán en beneficio de la Revista Asturiana y, por extensión de toda la T.O. alejándonos de la linealidad opaca que nos acompaña en otros ámbitos de nuestro ejercicio.

Se cree conveniente, desde este Consejo, ir construyendo este camino desde la progresividad, poco a poco y sobre bases firmes que nos permitan ir creciendo. Sacrificando algunos aspectos en la total seguridad que las puertas abiertas se multiplicarán. Quiere esto decir que aparecerán nuevas secciones, no tan técnicas pero sí más interesantes para el cuerpo profesional. Se abren las puertas a colaboraciones más directas e intentaremos que todo aquel terapeuta ocupacional que lo desee encuentre un espacio para compartir aquello que pueda ser beneficioso para el conjunto del colectivo. Durante estos meses he tenido la oportunidad de colaborar estrechamente con el resto de Directores de Publicaciones Científicas de Terapia Ocupacional, me he replanteado algunos aspectos referidos a nuestras publicaciones, sopesado lo bueno y lo no tan bueno de los actuales formatos y fruto de esa reflexión he optado por elegir una línea que podríamos llamar integradora. Desde el Consejo de Redacción pensamos que no sólo no hay que alejar las opiniones de los profesionales de las publicaciones si no que, todo lo contrario, hemos de aumentar los espacios para tal fin. No sólo de los profesionales si no de cualquier individuo cercano a nuestra querida profesión. Esperamos que el lector tenga en cuenta que estos cambios no se pueden hacer de un número para otro y que, por supuesto, está sujeto a una fuerte reactividad por parte de los lectores.

Presentamos en este número un variado conjunto de experiencias sobre la T.O. que me permito comentar brevemente. El primero nos abre una visión general de la fibrosis quística y su abordaje; completo, y a la vez sencillo en su asimilación, nos destapa posibilidades terapéuticas y de intervención para patologías similares. La presencia de aplicaciones prácticas para sesiones lo convierte en un ejercicio de lectura provechosa para el resto de profesionales. Se presenta a continuación un *resumen de la nueva norma ISO- 9999-2007*, de capital consideración para los terapeutas ocupacionales y que considero que no precisa de presentación. En este sentido el Consejo de Administración se lamenta de no haber podido aumentar su extensión, limitada por AENOR.

Publicamos también un resumen de investigación no finalizada, interesante por cuanto aborda un tema totalmente novedoso como es el cambio de las *rutinas ocupacionales tras acontecimientos catastróficos*. Evidentemente todavía está en fase de desarrollo y quizás se le puedan achacar cuestiones no cerradas definitivamente y palabras que nosotros, castellano-parlantes de este lado del Océano, no manejamos. Se ha tenido que recortar en aspectos muy puntuales por razones de maquetación, garantizando la esencia del documento. Sorprenderá al lector por el planteamiento de los autores y la fuerza de las declaraciones de los afectados. Una investigación escrita en primera persona, directa y clara. Bienvenida sea su colaboración. Esperamos con ansia la segunda parte de la investigación.

Dentro del apartado de opinión tenemos la colaboración de nuestros compañeros de Castilla y León y los problemas que está generando la aplicación de la Ley de Dependencia en dicha Comunidad. Vaya por delante nuestro apoyo en sus justas demandas. Como sabemos la aplicación de la Ley, en manos de las diferentes CCAA, está generando las primeras desigualdades en cuanto a la consideración de los terapeutas ocupacionales. Actualmente, además de la revisión del baremo de valoración, se está debatiendo la delimitación de la figura del asistente personal. Como he comentado en anteriores números, yo, personalmente, soy incapaz de distinguir sus funciones de las de un TO. Grave riesgo para una profesión tan vapuleada como la de los terapeutas ocupacionales. "Cuando las barbas de tu vecino veas pelar...". Además se abre una nueva, y esperamos que fructífera, línea dentro de la Revista con *una colaboración acerca de la utilización de las ayudas ortoprotésicas* dentro de la T.O. que esperemos sirva para que hagamos un ejercicio de introspección acerca de este campo dentro de nuestra profesión. Esperamos que todos ellos sean de interés para el lector.

El director



BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA ACTIVA DE LA NATACIÓN EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

BENEFITS OF THE ACTIVE PRACTICE OF SWIMMING IN CYSTIC FIBROSIS PATIENTS.

Víctor Manuel Cabal Carvajal.
Terapeuta Ocupacional.

● RESUMEN

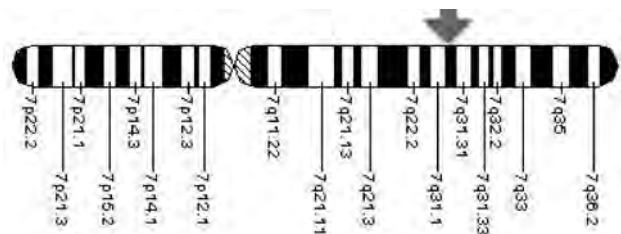
La Fibrosis Quística representa una de las patologías que limitan las actividades que desarrollan las personas tanto en el área productiva, como en el área de ocio y tiempo libre. Tradicionalmente desconocida para los Terapeutas Ocupacionales, ha venido cobrando interés en los últimos años con la aparición de nuevos avances en su tratamiento. Se aborda en este artículo un acercamiento a la clínica de la enfermedad y, sobre todo, el planteamiento de una aproximación terapéutica basada en una actividad, en este caso la natación, como pilar de la articulación de un plan de tratamiento desde Terapia Ocupacional.

● PALABRAS CLAVES

Terapia Ocupacional, Fibrosis Quística, Actividad Física.

● LA ENFERMEDAD

La Fibrosis Quística (FQ), antiguamente denominada mucoviscidosis o fibrosis quística del páncreas, es una enfermedad multisistémica hereditaria, que se transmite con carácter autosómico recesivo y que afecta a las glándulas exocrinas del cuerpo humano. Una mutación producida en un gen localizado en el brazo largo del cromosoma 7 provoca la ausencia o defecto en la producción de una proteína llamada Regulador de la Conductancia de Transmembrana, que actúa en las células como un canal para el paso del ión cloro.



Localización del gen CFTR, responsable de la producción de la proteína.

Como consecuencia, la calidad de las secreciones de las glándulas se ve alterada, provocando mucosidades de mayor densidad. Dicha secreción anómala produce disfunciones en el aparato digestivo, glándulas sudoríparas y senos craneales (Tabla 1, pgn. siguiente).

● ABSTRACT

Cystic Fibrosis represents one of the pathologies that limit the activities that people develop in their productive area, as in leisure and spare time. Traditionally unknown for the Occupational Therapists, is has been growing in interest in last few years because of the arrival of new advances in its treatment. This article shows an approach to the clinic of the pathology and, mainly, the opening of a therapeutic approach based on the activity, in this case swimming, as the starting point for the articulation of a treatment plan from Occupational Therapy.

● KEY WORDS

Occupational Therapy, Cystic Fibrosis, Physical Activity.

Sin embargo, si algo caracteriza a esta enfermedad (por la elevada morbilidad asociada a este fenómeno) es el progresivo deterioro de las capacidades respiratorias del paciente. El paciente con fibrosis quística entra en un círculo vicioso que produce obstrucción, inflamación e infección en el aparato respiratorio.



La producción de mucosidad de anómala densidad provoca un bloqueo en el árbol tráqueobronquial y un déficit en los mecanismos de transporte mucociliar. La inflamación resultante de esta obstrucción produce daño en los epitelios circundantes, lo que supone una vía de entrada perfecta a agentes patógenos (como el *Staphylococcus aureus*).

El resultado para el paciente es un estado de infección crónica, que deriva en una necrosis tisular y en la muerte del individuo. Sin embargo, se debe señalar

Disfunciones producidas por la FQ

- Secreciones pancreáticas anormales, que pueden provocar a su vez:
 - Intolerancia a la glucosa y diabetes insulino dependiente
 - Problemas en la absorción de grasas, proteínas y vitaminas A, D, E y K
- Heces frecuentes, voluminosas y grasas
- Obstrucción intestinal
- Acidez crónica
- Diarrea con sangrado
- En casos extremos, prolapso rectal (el extremo del intestino sobresale por el ano)
- Patología hepática (hepatomegalia, tumefacción abdominal, ictericia, vómitos con sangre)
- Problemas para la expulsión del meconio en los recién nacidos
- Úlceras gastroduodenales
- Malnutrición
- Pérdida de peso
- Osteoporosis
- Tos crónica productiva, a veces con sangrado
- Obstrucción alveolar.
- Colapso pulmonar
- Dedos en palillos de tambor
- Cardiomegalia
- Insuficiencia cardíaca por cor pulmonale
- Pólipos nasales
- Sinusitis
- Disnea de esfuerzo
- Neumonías
- Sibilancias

Staphylococcus aureus

Es una bacteria que se encuentra en la piel y en las fosas nasales de las personas sanas. En situaciones determinadas (como problemas del sistema inmunológico o en heridas) puede causar infección, y acabar produciendo enfermedades de mayor gravedad como, por ejemplo, una neumonía o una endocarditis.

que es una enfermedad con una elevada esperanza de vida, la cual se ha duplicado durante los últimos veinte años, llegando a situarse en torno a unos 40 años para los nacidos a partir de 1990 [1]. Su incidencia es variable según la raza, pero se sitúa en torno a 1 caso por cada 3300 nacimientos [2].

Para que un paciente sea diagnosticado de FQ debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos [3]:

Valores anómalos de Cl (> 80 mmol/l) en un estudio de electrolitos del sudor (Test del sudor).

Al menos uno de los criterios de la siguiente tabla:

- **Íleo meconial:** Obstrucción intestinal producida por un meconio demasiado espeso. Es un signo de alarma en un recién nacido ante una posible FQ.
- **Historia familiar de FQ**
- **Insuficiencia pancreática**
- **Enfermedad pulmonar crónica**
- **Azoospermia obstructiva:** Existe una producción normal de espermatozoides en los testículos del paciente, sin embargo existe una obstrucción en los canales que comunican dichos testículos con el pene.
- **Síndrome de pérdida salina:** Pérdida de sodio y agua que provoca el aumento de los niveles de potasio.

MANIFESTACIONES DESTACABLES

Si bien al nacer no se observa ninguna anomalía morfológica en los pulmones del sujeto (a menudo se desarrolla con una variabilidad temporal elevada) se empiezan a dar manifestaciones de la enfermedad que van a comprometer las capacidades físicas del sujeto y, por lo tanto, su rendimiento ocupacional.

Afectación de la FQ a las capacidades físicas

- Baja tolerancia al esfuerzo
- Bajo rendimiento cuando se someten a una carga elevada de trabajo
- Incapacidad para incrementar la circulación pulmonar durante el esfuerzo sostenido
- Alcance rápido del límite ventilatorio
- Reducción generalizada de la fuerza muscular.
- Puede producirse hipercapnia o hipoxia durante el ejercicio intenso.
- Problemas derivados de la ausencia de actividad física en la etapa de desarrollo: problemas de lateralidad, pobre asentamiento del esquema corporal, problemas de coordinación...



Izquierda: Rx torax de un paciente con FQ. Nótese la normalidad morfológica de los pulmones. Sin embargo se pueden observarse zonas blancas producto de la obstrucción producida por el moco. Derecha: Pulmón sano.

De las manifestaciones citadas con anterioridad, debemos destacar la tos productiva (acompañada de mucosidad de tipo infeccioso), sibilancias (sonido agudo que se produce por un estrechamiento de las vías respiratorias), neumonías de repetición, disnea de esfuerzo (comentada más adelante), reducción del peso y de la talla, insuficiencia pancreática, insuficiencia cardiaca por cor pulmonale (aumento de presión en la arteria pulmonar y ventrículo derecho), dedos en "palillo de tambor" y otras, asociadas al aparato reproductor y excretor entre otros.

ACTIVIDAD FÍSICA Y FQ

La capacidad de ejercicio que tiene un sujeto está íntimamente relacionada con la capacidad del sistema cardiorespiratorio para hacer llegar sangre oxigenada a los músculos que están trabajando. La práctica continuada de ejercicio aeróbico, permite al individuo la mejora de las estructuras encargadas de la citada función (ventrículo izquierdo principalmente), así como una mejora de la eficiencia muscular a la hora de utilizar el oxígeno que le es aportado. Una creencia extendida en la sociedad es que el rendimiento durante un ejercicio prolongado reside en la capacidad pulmonar del sujeto, cuando en realidad dicha capacidad tiene una variación no demasiado significativa entre un sujeto entrenado y uno sedentario. Por regla general viene dado por la sensación de "ahogo" que se produce durante el ejercicio intenso. Sin embargo, el problema reside en que el ventrículo izquierdo no es capaz de realizar una sístole efectiva y hacer llegar suficiente sangre (y por lo tanto oxígeno) para atender la demanda muscular en aumento. Esto es un punto clave a la hora de plantear una actividad física a un paciente con FQ, ya que su rendimiento va a mejorar con el entrenamiento, no por una recuperación de la capacidad pulmonar, sino por una mejora de la capacidad de latido de su corazón (y por ende de la velocidad de transporte de la sangre) y por la mejora de

Otras manifestaciones de la FQ
- Desarrollo sexual tardío
- Irregularidades en el periodo menstrual (amenorrea)
- Esterilidad
- Dificultad de fecundación en la mujer por el espesor del moco cervical
- Inflamación del cuello uterino
- Pérdida excesiva de sal en la sudoración (especialmente problemática en épocas calurosas y durante la actividad física)
- Engrosamiento de glándulas salivares
- Deshidratación
- Cirrosis

Ejercicio aeróbico
Se puede definir como aquella actividad física cuya baja intensidad permite al organismo gestionar de forma eficiente el consumo de oxígeno, evitando la acumulación de lactato en los músculos (o lo que es lo mismo, sin sobrepasar el umbral anaeróbico). Dentro de estas actividades esta la natación, el senderismo, el footing, el ciclismo...

otros sistemas relacionados con la capacidad de esfuerzo, como la actividad enzimática oxidativa del músculo (la cual aumenta como consecuencia de la adaptación del músculo al ejercicio aeróbico, mejorando la capacidad de aprovechamiento de oxígeno por el mismo). Sin embargo, a la hora de presentar un paciente con FQ ante una actividad física, debemos tener en cuenta varias premisas que pueden condicionar el rendimiento de este paciente, como son:



Dedos en palillo de tambor, hipocráticos o clubbing. Osteoartropatía Hipertrófica.

A) Disnea de esfuerzo. Es una modificación observable en el ciclo respiratorio normal del paciente (generalmente taquipnea) cuando se somete a una situación de esfuerzo a su sistema cardiorespiratorio. Dicha modificación se traduce en una ventilación anormal, fatiga y malestar. Este último factor debe requerir una especial atención por parte del Terapeuta Ocupacional. La realización de una actividad física (sobre todo en fases de aprendizaje o en personas que nunca la han realizado) debe ser placentera. El some-

ter a un organismo (y más aún a uno cuyo rendimiento está por debajo de lo normal) a un stress como el que implica la práctica deportiva debe ser un paso secuenciado y jerarquizado. La capacidad de un atleta de disfrutar llevando su cuerpo a los límites de su rendimiento poco o nada tiene que ver con la planificación de un programa de entrenamiento para un paciente con FQ. Debemos recordar que la adaptación al ejercicio no implica solo factores fisiológicos, sino también psicológicos.

B) Aumento del volumen residual espiratorio. Es el volumen de aire que queda en los pulmones tras una espiración forzada. Es común encontrar con pacientes cuyo volumen residual está por encima de lo que se considera normal. Este fenómeno, además de hacer menos efectiva la respiración, produce un compromiso en los músculos respiratorios, aplanando el diafragma y acortando los músculos intercostales.

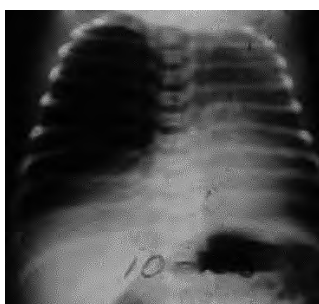
D) Intensidad. Las personas con FQ pueden ejercitarse y entrenar de forma segura a la misma intensidad (hablando en porcentajes totales) que las personas sanas, pero los niveles máximos de consumo de oxígeno y la capacidad máxima de esfuerzo no serán alcanzados (25-30% menor que en un sujeto sano) [4], por lo que su rendimiento será, por norma general, menor.

E) Músculos de la respiración. Durante el ejercicio máximo los músculos de la respiración consumen entre el 35-40% del oxígeno inspirado por el cuerpo, de ahí la vital importancia que tienen los músculos de la respiración para una persona con FQ que quiera practicar activamente un deporte. En todo plan de entrenamiento diseñado para una persona con fibrosis quística, se debe reservar una apartado para trabajar dichos músculos. Aunque no existen indicios de que un trabajo de aumento de volumen de estos músculos se relacione

Músculos de la respiración	
MÚSCULOS INSPIRATORIOS (Proceso activo)	
Diafragma de la caja torácica	Aumento del diámetro anteroposterior y transversal
Músculos intercostales externos	Acortan espacios intercostales y elevan las costillas.
Músculo escalenos	Eleva costillas superiores
Músculo esternocleidomastoideo	Eleva la caja torácica superior
Músculo dorsal ancho	Eleva las costillas si se fija su inserción en el húmero.
MÚSCULOS ESPIRATORIOS (Proceso pasivo salvo en enfermedades y durante el ejercicio físico)	
Músculos intercostales internos y de la pared abdominal	Incrementar la presión intratorácica y abdominal, descender las costillas y desplazar el diafragma en sentido cefálico.

Evitar dicho acortamiento, favoreciendo el estiramiento, la funcionalidad y el tono de los músculos intercostales debe de ser uno de los objetivos de rehabilitación que el Terapeuta Ocupacional debe perseguir en su tratamiento.

C) Atelectasia (reducción del volumen pulmonar).



Pulmón con atelectasia. Lóbulo inferior derecho.

con un incremento directo de las capacidades ventilatorias, el entrenamiento de los mismos sí que contribuye al mejor control respiratorio por parte del paciente [7].

F) Retraso Psicomotor. Suele existir una confluencia de problemas en la vida de estos pacientes. De niños se ven incapaces de realizar las mismas actividades y juegos que sus compañeros, por lo que optan por no hacerlas. Esto produce en años posteriores, problemas de coordinación, esquema corporal, lateralidad, etc. Y lo que es más importante, un notorio déficit de capacidades físicas, que unido a las características de su enfermedad, puede hacer que nos encontremos con personas con una baja tolerancia a la actividad física e importante retraso en el área psicomotriz

G) Problemas nutricionales asociados. Que deben ser tenidos en cuenta a la hora de realizar un ejercicio (Tabla 4)

Principales problemas nutricionales asociados a la fibrosis quística

- Escaso crecimiento y/o ganancia de peso, sobre todo en edades tempranas.
 - Diabetes
 - Deficiencia en ácidos grasos esenciales
 - Aumento de la pérdida de sal
 - Deficiencia de vitaminas A, D, E y K (solubles en grasa)
 - Mala absorción del calcio y la vitamina D, lo que repercute en las estructuras óseas, haciéndolas más proclives a fracturas y a osteoporosis en edad adulta.
 - En ciertos casos, necesidad de utilización de sonda nasogástrica o gastrostomía endoscópica percutánea (GEP)
 - Necesidad de seguir una dieta especial [5], que puede no ser la más adecuada para la práctica deportiva, pero que debe estar supeditada a cubrir las necesidades del sujeto.
- o Energía: 120-130% a 150% cantidad recomendada en edad de crecimiento, de la cual:
- Proteína: 12%-15%
 - Grasas: 40%
 - HDC: Hasta el 48%

NATACIÓN Y FQ

Dentro de las múltiples actividades físicas que puede realizar un paciente con FQ, la natación se erige como una opción destacable. La principal ventaja que posee la realización de un plan de entrenamientos en natación para estos pacientes es la capacidad que este deporte posee para complementar de manera efectiva el resto de tratamientos a los que generalmente se ve sometido el paciente, ya que los efectos que se producen en ambos casos son similares, como veremos a continuación. Dejando de lado aspectos genéticos o farmacológicos, podemos observar una clara relación entre muchas de las terapias encaminadas al drenaje de la vía aérea y los beneficios de la práctica activa de la natación, ya que el resultado de ambas es el mismo, ablandar la mucosidad y mejorar su transporte y expulsión.



Ejemplo de un plan de iniciación y entrenamiento en natación

En primer lugar, debemos destacar, como ya hicimos anteriormente, que un paciente con FQ puede y debe entrenar a un nivel de intensidad igual al de una persona sana. Este factor, unido a que la enfermedad en ningún caso afecta al desarrollo fisiológico que produ-

ce el ejercicio, hace que el paciente obtenga el mismo beneficio de la práctica de un ejercicio aeróbico que cualquier otro individuo. El ciclismo, el senderismo, el footing y demás deportes aeróbicos aportan un desarrollo del sistema cardiorespiratorio que mejora la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, la natación posee unas cualidades que la hacen especialmente recomendable.

1) La postura. La natación es uno de los pocos deportes que puede practicarse en diferentes posturas, y que sean tan contrapuestas como un tendido prono (estilos crol, braza y mariposa) y tendido supino (estilo espalda). El facilitar un ejercicio con estas características a los pacientes con FQ reporta un importante beneficio, ya que la presión y la gravedad afectan de forma diferente a los pulmones durante los ciclos ventilatorios (ejerciendo un afloje del moco por efecto de la gravedad y las presiones aumentadas por el esfuerzo de los músculos respiratorios diferente según la posición adoptada) y combinando esto durante una sesión de entrenamiento, estaremos potenciando dicho efecto, consiguiendo la aparición de un momento adecuado para intercalar otras técnicas destinadas al transporte del mismo, como la tos forzada o el drenaje autogénico (técnica basada en utilizar el flujo espiratorio para movilizar las secreciones pulmonares mediante la respiración a diferentes volúmenes, intensidades y tiempos).

2) Broncodilatación. Dentro de los consejos que habitualmente se da a los pacientes con FQ, está el que eviten ambientes secos y fríos. En el otro extremo están los beneficiosos ambientes en los que el aire se ha humedecido y está a una temperatura más elevada

de lo común, como es el aire que se encuentra en las piscinas climatizadas. La calidad de este aire permite que se produzca una broncodilatación en el árbol respiratorio del paciente, facilitando su respiración y la expulsión de moco. El beneficio se ve multiplicado ya que no solo va a inspirar dicho aire, sino que lo va hacer de una forma más intensa, propia de la realización de una actividad física.

3) Apetito. Aunque no existe ningún estudio concluyente al respecto, ciertos autores han estudiado el consumo calórico realizado durante la natación en aguas a diferentes temperaturas [6]. Entre sus conclusiones se extrae que las personas que realizaban la actividad en

aguas más frías tenían un consumo calórico de hasta un 44% más que las que lo hacían en aguas más cálidas (10º de diferencia). Así mismo los autores referían como al nadar en aguas más frías se producía una vasoconstricción, que tenía entre otros efectos una inhibición de la liberación de ciertas hormonas que suprimen el hambre durante e inmediatamente después del ejercicio, de ahí que en otros deportes no haya sensación de apetito al cesar su práctica.

4) Ventajas Generales. La idiosincrasia del deporte en sí mismo, le confiere unas características que deben ser tenidas en cuenta a la hora de recomendar la natación como actividad terapéutica. La nata-

EJEMPLO DE ESTRUCTURACION DE UNA SESION PARA UN PACIENTE EN UNA FASE AVANZADA DE SU CICLO DE ENTRENAMIENTO

Calentamiento

- Debe incluir actividades encaminadas al aumento del ritmo cardiorespiratorio, preparación física y psicológica al esfuerzo, aumento de la temperatura muscular y reducir el riesgo de lesiones.
- Debemos reservar un espacio importante al estiramiento de los músculos torácicos y respiratorios (principalmente músculos intercostales).
- Si se trabaja con niños, es recomendable realizar el calentamiento mediante juegos o actividades lúdicas, ya que la propia fisonomía del niño nos permite dejar de lado el calentamiento tan analítico que debe realizar un adulto.
- El calentamiento no debe ocupar más del 15% de la sesión, y debe de realizarse un enlace progresivo con la parte principal, sin marcarse un cambio brusco.

Parte principal

- Trabajo de fondo.
 - o En función de las capacidades del sujeto se hará un rodaje largo a intensidad baja. No debe sobrepasar los 20'.
- Trabajo a intervalos.
 - o Se alternan series de 4' a intensidad elevada (sin sobrepasar el umbral anaeróbico, recomendable el uso de un pulsómetro) con 1 de descanso. Cada serie se hará alternando el estilo de natación. El impacto físico de esta actividad es elevado, por lo que su duración no debe ser muy prolongada, quedándose en un par de series por estilo la duración del mismo.
- Trabajo técnico a valorar por la persona encargada de la sesión.

NOTA: Entre ejercicio y ejercicio, y entre series, es conveniente incluir actividades de drenaje de la vía respiratoria para potenciar los beneficios de la sesión. Si alguna de esas actividades o técnicas produce un ritmo de respiración anómalo, debemos esperar a volver al ritmo normal para iniciar la siguiente serie o ejercicio.

Desaceleración/Vuelta a la calma

- Se pueden proponer multitud de actividades para finalizar la sesión. El entorno de la piscina ofrece multitud de posibilidades, como realizar ejercicios dentro del agua que no sean estrictamente relacionados con la natación o juegos, los cuales proporcionan un final diferente y hacen que el sujeto se salga de la rutina de la fase anterior de la sesión.
- Debemos realizar siempre los mismos estiramientos que al inicio de la sesión, pero de forma más intensa, ya que el cuerpo está preparado para asimilar ese aumento de intensidad.

ción es un deporte que se puede practicar durante todo el año, cualidad que pocos deportes poseen, ya que no es difícil encontrar una piscina cubierta que aisle a los participantes de los rigores climatológicos, sobre todo en zonas geográficas de clima frío. La variación de entornos a la hora de realizarlo (diferentes tipos de piscina, mar abierto, ríos...) le confiere un elemento de variabilidad importante para el practicante (pueden organizarse excursiones, practicarse durante las vacaciones, alternar diferentes escenarios para escapar de la monotonía...).

La natación es un deporte que se puede considerar económico, ya que no requiere un equipamiento amplio ni de gran coste, y el acceso a piscina, tanto privadas como municipales no suele suponer una barrera para ningún practicante.

Además es un deporte que se presenta un amplio abanico de actividades relacionadas, que pueden ser incluidas en planes de entrenamiento o practicadas como mera diversión. Existen multitud de juegos para realizar en piscina y multitud de actividades o deportes "asociados" (waterpolo, buceo, hockey subacuático...).

Nota: Todo plan de entrenamiento debe ser individualizado y adaptarse a las características individuales del sujeto que lo va a llevar a cabo (y nunca al revés). El siguiente plan está elaborado para un paciente en concreto, pero puede resultar interesante para los profesionales el ver su estructura y su contenido, ya que muchas fases o actividades pueden resultar similares.

Una vez finalizado este programa de iniciación se debe hacer una valoración de la situación del sujeto para convenir cuales son los siguientes pasos a programar. A partir de ella, se programará un trabajo adecuado a la edad y capacidades del sujeto, destinado a la mejora progresiva de su técnica y de sus capacidades físicas.

CONCLUSIÓN

La natación es una actividad que se adapta perfectamente a las necesidades que pueden presentar los pacientes con FQ. Los beneficios físicos (sobre todo a nivel respiratorio) psíquicos y sociales que pueden disfrutar los practicantes son significativos. La facilidad para incluir esta actividad dentro de un programa de intervención en Terapia Ocupacional, la capacidad de aplicarla desde una edad temprana, la motivación que produce en el sujeto y el fomento de vínculos sociales a través de la realización de la actividad son beneficios añadidos a su práctica. Todo ello, unido a la facilidad para acceder a este deporte hacen de la natación una opción prioritaria a la hora de ser recomendada a un paciente con FQ por parte de un Terapeuta Ocupacional. De hecho, cualquier actividad física es susceptible de ser incorporada a un plan de tratamiento, siempre que el Terapeuta Ocupacional tenga dominio de la misma si es él el que va a guiar el entrenamiento y siempre que se ajuste a las necesidades del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

- Elborn, JS. et al. *Cystic fibrosis: current survival and population estimates to the year 2000*. 1991. Thorax Magazine. Vol 46. 881-885.
- Orestein, D.M. et al. *Strength vs Aerobic training in children with cystic fibrosis: A randomized controlled trial*. The official journal of the American College of Chest Physicians. 2004. Vol. 126. 1204-1214.
- Ortigosa, L. *Fibrosis Quística. Aspectos Diagnósticos*. Colombia Médica. 2007. Vol 38. Supl. 1
- Webb, AK. y otros. *Exercise en cystic fibrosis*. Journal of the royal society of medicine. 1995. Vol 88. 30-36.
- Alonso Novo LR. *Pautas nutricionales en el niño con Fibrosis Quística*. Revista Cubana de Pediatría. 2007. Vol 79. 3.
- White L.J. et al. *Increased caloric intake soon after exercise in cold water*. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism. 2005. Vol 15. 38-47.
- Bravo Acosta T. *Entrenamiento de los músculos respiratorios*. Revista Cubana de Medicina Militar. 2005. Vol 34.
- Miller, S. et al. *Chest physiotherapy in Cystic Fibrosis: a comparative study of autogenic drainage and de active cycle of breathing techniques with postural drainage*.
- Blau, H et al. *Effects of an Intensive 4-week summer camp on cystic fibrosis: pulmonary function, exercise tolerance and nutrition*. The official journal of the American College of Chest Physicians. 2002. Vol. 121. 1117-1122.
- Lloret Riera, M. *Natación terapéutica*. Editorial Paidotribo. Badalona. 2004
- Salcedo Posadas, A. *Fibrosis Quística*. Editorial Díaz de Santos. Madrid. 1995
- Herrera, O. et al. *Enfermedades respiratorias infantiles*. Editorial Mediterraneo. Chile. 1995.
- Moser, C. et al. *Muscle size and cardiorespiratory response to exercise in Cystic Fibrosis*. American Journal of respiratory and critical care medicine. 2000. Vol 162. 1823-7.
- Sánchez, I. et al. *Consenso Nacional de Fibrosis Quística*. Revista pediátrica chilena. 2001. Vol. 72. 356-380.
- Aliño Pellicer S.F. et al. *Libro blanco de la Fibrosis Quística*. Editorial Galenas. Valencia. 2003
- Mañas Baena, E. et al. *Patología respiratoria: manual de actuación*. Editorial Ergon. Madrid. 2004
- Chollet, D. *Natación deportiva: Bases biomecánicas, técnicas y psicológicas, aprendizaje, evaluación*. Editorial Inde. 2004.
- Pinyol, C. *Movernos en el agua: desarrollo de las posibilidades educativas, lúdicas y terapéuticas en el medio acuático*. Editorial Paidotribo. 2002.
- Pérez, J.C. et al. *Deportes para minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales*. Edita Comité Olímpico Español. 1994.
- Moreno Murcia, J.A. *Juegos acuáticos educativos: hacia una competencia motriz activa (6-12 años)*. Editorial Inde). 2001.
- Simard, C. et al. *Actividad física adaptada*. Editorial Inde. 2003.

PRODUCTOS DE APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CLASIFICACIÓN Y TERMINOLOGÍA

Publicado con permiso de AENOR. (UNE-EN ISO 9999:2007) Esta norma es la versión oficial, en español, UNE — Una Norma Española— de la norma europea EN ISO 9999:2007, que a su vez adopta la norma internacional ISO 9999:2007.

Resumen realizado por Gabriel Sanjurjo Castelao y Rubén Fernández Faes

• INTRODUCCIÓN

ISO (la Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. Las organizaciones internacionales, públicas y privadas, en coordinación con ISO, también participan en el trabajo. ISO colabora estrechamente con la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC) en todas las materias de normalización electrotécnica.

La Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) es la entidad legalmente responsable de la Normalización en España y representante ante los organismos internacionales de Normalización, como ISO. Actualmente tiene en catálogo más de 27.000 normas. En lo que llevamos de año, se han editado 1.009 nuevas normas en el seno de AENOR. Las normas internacionales se redactan de acuerdo con las reglas establecidas en la Parte 2 de las Directivas ISO/IEC.

La tarea principal de los comités técnicos es preparar normas internacionales. Los proyectos de normas internacionales adoptados por los comités técnicos se envían a organismos miembros para su votación. La publicación como norma internacional requiere la aprobación por al menos el 75% de los organismos miembros con derecho a voto.

La norma internacional ISO 9999 fue preparada por el Comité Técnico ISO/TC 173 Ayudas Técnicas para personas con discapacidad, Subcomité SC2, Clasificación y terminología.

Esta cuarta edición **anula y sustituye** a la tercera edición (ISO 9999:2003) que ha sido revisada técnicamente.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

1) Actividad: realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

2) Limitaciones en la actividad: dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/ realización de actividades.

3) Productos de apoyo: cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

4) Funciones corporales: funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

5) Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes

6) Clasificación: sistema de conceptos o conjunto estructurado de conceptos establecidos conforme a sus relaciones mutuas, en el que cada concepto se determina por un código sistemático y por su posición dentro del sistema de conceptos.

7) Clase: grupo de artículos similares, divididos de acuerdo a reglas establecidas y/o escogidas

8) Discapacidad: término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)



Producto de apoyo para la audición

9) Factores ambientales: ambiente físico social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

10) Funcionamiento: es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indicando los aspectos positivos de la interacción de un individuo con una "condición de salud" dada y los factores contextuales (ambientales y personales).

11) Deficiencias: problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.



Dispositivo de entrada para ordenador

12) Persona con discapacidad: persona con una o más deficiencias, una o más limitaciones en la actividad y una o más restricciones en la participación o la combinación de varias.

13) Participación: acto de involucrarse en una situación vital.

14) Limitaciones en la participación: problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse situaciones vitales.

PRINCIPIO

La clasificación se basa en la función de los productos clasificados.

En particular, se advierte que los productos de apoyo que se usan exclusivamente para el entrenamiento en capacidades, pueden incluirse en la clase 05. Los productos de apoyo que tienen una función distinta a la del entrenamiento, pero que pueden ser usados también para ello, se incluyen en la clase que cubre su función principal.

El software se clasifica en el nivel de división de la clase que concierne a su función.



Producto de apoyo para ejercicio y deporte

ELEMENTOS Y REGLAS UTILIZADOS EN LA CLASIFICACIÓN CONSTRUCCIÓN

La clasificación se compone de tres niveles jerárquicos:

- **Clase:** generalmente definen una amplia zona de función, por ejemplo "Productos de apoyo para la comunicación y la información".
- **Subclase:** definen una función especial, por ejemplo "Productos de apoyo para la lectura".
- **División:** se refiere a productos particulares, por ejemplo "Atriles para libros y sujetalibros".

Cada clase, subclase o división consta de un código, un título y, si es necesario, una nota aclaratoria y/o una referencia a otras partes de la clasificación.

Código	Clases y subclases
04	Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado
05	Productos de apoyo para el entrenamiento/aprendizaje de capacidades
06	Ortesis y prótesis
09	Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales
12	Productos de apoyo para las movilidad personal
15	Productos de apoyo para actividades domésticas
18	Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles
22	Productos de apoyo para la comunicación y la información
24	Productos de apoyo para la manipulación de objetos y dispositivos
27	Productos de apoyo y equipo para mejorar el ambiente, herramientas y máquinas
30	Productos de apoyo para el esparcimiento

CÓDIGOS

El código consta de tres pares de dígitos:



El código determina la posición de clase, subclase o la división respectivamente, en la clasificación.

Las clases 00, 01, y 02 y desde la 90 a la 99, y las subclases y divisiones correspondientes, se reservan para aplicaciones nacionales.

Una posición fija (89) se reserva en todos los niveles para productos de apoyo que se clasifican en la categoría de "otros".

Para atender a intereses nacionales o locales, pueden añadirse más niveles a cualquier parte de la clasificación.

CONCLUSIONES:

Esta nueva clasificación representa la definitiva unificación referida al lenguaje empleado en las ayudas para la discapacidad. Todos usamos los mismos términos con lo que la indicación y la posibilidad de error se ve reducido.

Se sustituye el término de ayudas técnicas por productos de apoyo. Basado en un conflicto surgido en el idioma anglosajón con la problemática de los enfermos de SIDA. Los diferentes profesionales de la rehabilitación y discapacidad han de acostumbrarse a la progresiva eliminación de su vocabulario del término ayuda técnica.



Producto de apoyo para la lectura y producto de apoyo para caminar manejado por un brazo

El sistema de clasificación ayudará en la gestión, organización y acceso a la información de los productos de apoyo, facilitando la organización de información de que disponen los profesionales y con ello el trabajo de búsqueda e indicación del producto más preciso para cada individuo.

Es una norma Internacional. En este sentido la clasificación proporciona la posibilidad de compartir la información de una forma más clara y exacta. Haciendo más accesible la codificación a efectos de investigaciones.

Está basada en la CIF, con la que comparte vocabulario, con lo que entronca directamente con el mundo sanitario y su vocabulario con el que los terapeutas ocupacionales están más avezados en su manejo.



Producto de apoyo para conducir

CATASTROFE HÍDRICA Y OCUPACIÓN OCCUPATION AND CATASTROPHES HYDRIC

Boffelli M. M. *Terapeuta Ocupacional*. Docente J.T.P. de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, ex-Coordinadora de la misma, Integran. Master en la Maestría y Especialización en Docencia Universitaria U.N.L. Co-directora de Proyectos de Extensión de Interés Social e Institucional. U.N.L.

Boggio C. R. *Terapeuta Ocupacional*. Master en la Especialización y Maestría en Docencia Universitaria. Prof. Titular Interina en la Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral. Prof. en Doctorado en Pediatría en la Universidad Abierta Interamericana. Codirectora Cai+D 2005. Intervención en área de Educación.

Chiapessoni D. *Terapeuta Ocupacional*. Master de la Maestría y Especialización en Docencia Universitaria U.N.L. Docente Adjunta de la lic en T.O. Terapeuta Ocupacional del Hospital de Rehabilitación Dr. Carlos Vera Candioti de Santa Fe.

Demiryi M. *Licenciado en Terapia Ocupacional*. Master de la Maestría y Especialización en Docencia Universitaria. Integrante de PEII Secretaría de Extensión U.N.L.

Heit M. *Licenciada en Terapia Ocupacional*. Referente Técnico Provincial Programa Familias y Nutrición. Ministerio y Desarrollo Social de la Nación Argentina.

● RESUMEN

En el presente trabajo se expone el estado del estudio denominado "La modificación de los hábitos y rutinas diarias de personas afectadas por la catástrofe hídrica", proyecto de investigación y desarrollo (CAID-2005) de la Universidad Nacional del Litoral.

Se presentan algunos antecedentes sobre el tema así como también las conceptualizaciones de las catástrofes, los acuerdos y debates abiertos. Se caracteriza la catástrofe hídrica sufrida en Santa Fe en el año 2003, explicitando que su dimensión ocupacional es un tema aún desconocido. Se fundamenta la necesidad de producir y validar conocimientos e instrumentos desde terapia ocupacional, como aporte al proceso de reconstrucción. Se utiliza metodología cualitativa, con aportes de la etnografía y la fenomenología. La selección de los participantes se realiza acorde a criterios no probabilísticos.

Al momento se han identificado cambios en las rutinas, los hábitos y los tipos de ocupaciones, tales como, desorganización, orquestación, desequilibrios, ocupaciones superpuestas.

● PALABRAS CLAVES

Desastre, hábitos, rutina.

● INTRODUCCIÓN

La catástrofe hídrica producida en Santa Fe, Argentina en el año 2003, marcó la vida de los pobladores. Tanto de los afectados directos (150.000 habitantes), como de la ciudad en su conjunto. La vivencia directa y la participación en las tareas de emergencia y reconstrucción que

● ABSTRACT

In the present work, the state of the study named "Modification of habits and routine of the population exposed to hydric catastrophe" is presented. Research and Development Project (CAID-2005), from Universidad Nacional del Litoral. Precedents about the mentioned topic are presented, as well as catastrophes conceptualizations, agreements and open discussions. It characterizes hydric catastrophe occurred in Santa Fe city in the year 2003, explicating that its occupational dimension is still an unknown matter. It establishes the necessity to produce and validate knowledge and instruments from the Occupational Therapy perspective, to collaborate with the reconstruction process. Qualitative methodology is used, with ethnography and phenomenology contributions. Participants selection followed non-probabilistic criteria. Data collection and analysis were made at the same time. Triangulation is applied using different collection methods and researchers. At the moment, changes in routines, habits and kind occupations have been identified, such as desorganization orquestation, unbalance and overlapped occupations.

● KEY WORDS

Disaster, habits, rutin.

continúan hasta la actualidad, motivaron la decisión de constituir un grupo de investigación de Terapia Ocupacional.

Esta iniciativa es el primer esfuerzo sistematizado en la Argentina, para producir y validar conocimientos que permitan caracterizar el impacto que la catástrofe ha producido en la dimensión ocupa-

cional en la vida de las personas. Las catástrofes son un tema de actualidad y relevancia a nivel mundial, y una problemática común a la realidad latinoamericana.

No existen antecedentes de intervención e investigación sobre este tema, desde Terapia Ocupacional.

La expectativa está focalizada en que los resultados se constituyan en insumos, para la elaboración de políticas, la producción de cambios legislativos y la organización del sistema de salud y educación, entre otros.

ANTECEDENTES

Las catástrofes son definidas por la UNESCO (1) como "una grave perturbación en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa pérdidas humanas, materiales, económicas y/o medioambientales". Por su parte, las Naciones Unidas (2) acuña una de las clasificaciones más utilizadas, que distingue las catástrofes entre naturales y tecnológicas.

Los desastres no sólo tienen origen natural sino también antrópico. En esta tesitura está el planteo de Lozano Ascencio (2001, 1995) quien afirma que existe una construcción social de los desastres(3). Subirats, E. (2005), por su parte, al analizar la catástrofe provocada por el huracán Katrina, plantea que "lo nuevo y radicalmente amenazador es la representación política y mediática como accidente natural de lo que en realidad es un desastre producido por factores industriales y económicos globales y Locales" (4). Concluyendo que las catástrofes naturales no existen porque no existe la naturaleza independiente de la naturaleza humana.

Hasta la década del 60, las áreas privilegiadas de investigación en relación a los fenómenos de catástrofes fueron las ciencias físicas y la ingeniería, configurando la visión dominante sobre la problemática que Henitt (1983), caracterizó como enfoque tecnocrático. Hasta ese momento, las ciencias sociales ocuparon un rol secundario en el análisis del tema (5) De allí en más, surge una línea de investigación que plantea una visión alternativa al "paradigma estructural" (Smith, 1996). Esta línea procura hacer visibles la dimensión social de las situaciones de catástrofes. Visión que ha sido desarrollada por psicólogos comunitarios, sociólogos, antropólogos, geógrafos, entre otras disciplinas, todos con considerable experiencia en países del tercer mundo (6).

Se incorpora así la noción de riesgo que integra la visión fiscalista y el enfoque social. Los modelos holísticos conceptualmente entienden el riesgo como una construcción dinámica dada por la interacción entre amenazas, vulnerabilidad, pérdidas, daños y estrate-

gias de adaptación. El daño como evidencia empírica materializa el riesgo (7).

Las poblaciones en peligro coinciden con zonas geográficas donde el deterioro ambiental y económico es considerablemente mayor. Aparece el concepto de peligro, entre otros, como lo define la ONU: "ocurrencia potencial que puede o no tener efecto negativo sobre vidas humanas, pertenencias o actividades, hasta el punto de causar un desastre"(8).



Solamente durante el año 2004, "los desastres naturales y meteorológicos han causado la muerte de 350mil personas y han provocado pérdidas económicas por unos 200mil millones de dólares (9). Mientras que en términos de inundaciones, se calcula que el impacto económico anual para las décadas 2030-2040, será de 100 mil millones de dólares (10).

Los aportes de autores como Gilbert White, dentro de la perspectiva de la ecología humana, o de Westgate, Wisner, O'Kee, Hewitt y otros, desde la perspectiva de la economía política, encontraron un fuerte eco en los años 1990 (11).

En 1992, la creación de la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina buscaba fortalecer las visiones sociales sobre los desastres y establecer un más justo equilibrio entre los aportes necesarios de las ciencias básicas y las ciencias sociales (12).

Por su parte el sector salud, con fuerte gravitación en el tema, ha producido abundantes conocimientos en relación al impacto de las catástrofes en los aspectos psicofísicos de la salud de los damnificados(13). Conocimientos que han avanzado del enfoque clínico con tipificaciones tales como el PTSD (Post Traumatic Stress Disorder, DSM IV), a los enfoques epidemioló-

gico y comunitario, que enfatizan en estrategias de atención primaria de la salud de las víctimas de desastres. (14)

Los avances en el conocimiento del tema permiten afirmar la idea de que un solo gran desastre es en realidad un número infinito de pequeños desastres que afectan de manera diferenciada a múltiples individuos, familias, comunidades y zonas. Resultando éste el ámbito más apropiado para describir y captar la dimensión del impacto desde su expresión en daños y pérdidas. (15).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como organismos de indiscutible trayectoria, han realizado aportes de manera sistemática y permanente desde programas específicos sobre el tema.

Hay algunos antecedentes de estudios, sobre efectos de hechos catastróficos, como el de Rosenfeld, M. S (16). (1987), que examinó la interrupción de las rutinas de vida cotidiana causados por incendios domésticos y de los procesos de adaptación que emprenden las víctimas para restablecer patrones eficaces de actividad dirigida. (17) Sin embargo no se han encontrado investigaciones de Terapia Ocupacional a nivel internacional y local sobre las consecuencias de las catástrofes desde la perspectiva ocupacional.

Existen considerables antecedentes de investigaciones de T.O. sobre las rutinas cotidianas de personas con diversas afecciones patológicas. Entre ellos la de Bridle. M. J., Link, B. Y Quessembery, C.M. (1990), que incluyó a adultos con lesión medular en las áreas de organización de rutinas de la vida cotidiana (18) y la de Weeder, T. (1986), que comparó a adultos esquizofrénicos con adultos normales en los patrones temporales de las actividades cotidianas y el significado de esas actividades cotidianas.(19) Sin pretender agotar el tema con estas referencias, cabría ver la posibilidad (en futuros estudios) de la relación entre este tipo de eventos de vida y las situaciones de catástrofes, en cuanto a su impacto ocupacional.

Para completar el panorama, interesa hacer especial mención, a la investigación realizada en Argentina sobre las consecuencias psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar de Río III, Córdoba (20). Los autores advierten sobre la necesidad de actualizar los conocimientos sobre hechos catastróficos para fortalecer las redes de prevención, mitigación y rehabilitación. A partir de este estado del arte, se puede afirmar que la dimensión ocupacional del impacto de la catástrofe es aún un tema desconocido y de vacancia. La vigencia del tema se actualiza dramáticamente a la luz de los acontecimientos catastróficos sucedidos en el mundo en los últimos tiempos. En este orden, el aumento significativo de los desastres a nivel mundial, han provocado la revisión de categorías

y tipologías de análisis. Es de prever que se avance en este sentido ante fenómenos tales como el calentamiento global y el cambio climático que seguirán afectando a todo el mundo.



En nuestra ciudad, la inundación del 2003, ha marcado la vida, las ocupaciones y las representaciones de personas y grupos generando nuevas configuraciones aún desconocidas en su dimensión ocupacional. Las ocupaciones caracterizan la vida humana, constituyen fuente de identidad personal y social (Christiansen, 1999) y organizan la vida cotidiana aportando a los estados de salud y función ocupacional. La historia, el sentido de la vida y la identidad devienen de una construcción dialéctica entre la ocupación y los contextos.

Las catástrofes son fenómenos complejos, multidimensionales, heterogéneos y cambiantes, que afectan al bienestar de la salud de las personas y comunidades. Las dimensiones biológicas, psicológicas, ocupacionales, espirituales, económicas, políticas, culturales y ambientales, por mencionar solo algunas, obligan a captar la arquitectura de esta complejidad para avanzar en su comprensión. El aporte de la teoría dinámica de los sistemas constituye una perspectiva válida, así como el estudio de Simon, H., sobre las propiedades de los sistemas complejos. En particular, la casi descomponibilidad de los sistemas, la necesidad del traslado de la descripción de estado a la descripción de proceso de la realidad y la relación de la dinámica de alta frecuencia asociada a los subsistemas y la de baja frecuencia con los macrosistemas.

El análisis de la inundación en Santa Fe, como de cualquier hecho catastrófico, requiere la consideración de las políticas implementadas. En particular en los últimos veinte años y en todos los órdenes: económico, laboral, sanitario, educativo, cultural. Porque han sido la naturaleza de esas políticas y la forma de ejercer el poder, las verdaderas causas que provocaron la catástrofe y el posterior desastre.

El modo de irrupción violento y sorpresivo de una catástrofe, produce en segundos transformaciones en

todos los órdenes de la vida. Las pérdidas en vidas y en bienes; los daños materiales y morales, no sólo son cuantificables sino que han generado nuevas configuraciones que aún se desconocen en su dimensión ocupacional.



Una de las características de las ocupaciones es que, en tanto sean libres, voluntaria y conscientemente elegidas por quienes las ejecutan, otorgan sentido de control y poder a las personas. Los cambios producidos por la inundación en el ambiente, han generado modificaciones sustanciales e indeseables con múltiples expresiones, entre ellas las ocupacionales, deprimiendo fundamentalmente a las personas del sentimiento de control de sus vidas. La privación, la marginación y el desequilibrio ocupacional son algunas de las consecuencias más comunes producidas, compatibles con la teoría preliminar de justicia ocupacional planteada por Townsend, E. & Wilcock, A: (2002).

Desde la Ciencia de la Ocupación resulta también pertinente para la comprensión de este fenómeno, los aportes de Yerxa, E. (1989), sobre el ser ocupacional; de Clark F. (2000), sobre hábitos y rutinas ocupacionales y el tiempo como fuerza importante para la organización ocupacional; y los de Hocking y Levine (1997) sobre las nociones de temporalidad y los procesos ocupacionales.

De igual modo resulta iluminador el paradigma de atribución de poderes en cuanto al valor de las oportunidades de elección de las personas sobre las ocupaciones significativas, compatible a su vez con la perspectiva de los derechos humanos y los aportes de Kondo, T. (2004) sobre la necesidad de utilizar teorías universales y específicas a la cultura.

REFLEXIONES PRELIMINARES SOBRE LA CATÁSTROFE HÍDRICA EN LA CIUDAD DE SANTA FE

“La inundación no puede ser entendida de manera aislada, sino en el contexto de las profundas alteraciones hechas por el hombre en el medio y la negligencia e

irresponsabilidad de los gobiernos locales” (12). ¿Qué sucede cuando los cambios en las ocupaciones se producen no por decisión propia y de un día para otro, la vida se transforma sin haber tenido participación en esos cambios y las pérdidas cruzan todos los escenarios de la vida cotidiana? La dimensión ocupacional del impacto de la catástrofe, es un tema aún desconocido. Una de sus expresiones es a través de las rutinas y hábitos cotidianos.

LA PRODUCCIÓN DE NUEVOS CONOCIMIENTOS

El grupo de investigación se constituye a partir de la necesidad de producir y validar conocimientos e instrumentos de la disciplina, detectada en la experiencia en la intervención directa durante la emergencia hídrica y en las etapas posteriores. Además de la condición de afectados directos de dos integrantes, en los antecedentes de cada uno de los miembros se conjugan experiencias profesionales en salud y comunidad; docencia, extensión e investigación. Los nuevos escenarios, colocan a la Terapia Ocupacional ante el desafío de asumir un reto que ineludiblemente requiere la definición de un compromiso político e ideológico como componente imprescindible del perfil profesional

EL EQUIPO SE HA PROPUESTO COMO OBJETIVOS:

- Contribuir al proceso de reconstrucción post-catástrofe de la vida de las personas, familias y grupos de la comunidad santafesina.
- Aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por la catástrofe hídrica.
- Identificar y analizar los cambios de rutinas y hábitos que mayor impacto han producido en la vida de las personas.
- Analizar y ponderar las características de los procesos de interrupción y adaptación ocupacional.
- Identificar y construir indicadores de necesidades desde la perspectiva de los afectados y las categorías de análisis de la disciplina.
- Detectar los soportes que resultan más efectivos para la recuperación ocupacional.
- Elaborar una propuesta curricular sobre el tema catástrofe en base al análisis de los planes de estudio de las carreras de la Escuela Superior de Sanidad.

METODOLOGÍA

Se adoptó la metodología cualitativa. El diseño combina los aportes de la etnografía y la fenomenología. Metodológicamente, tomar la perspectiva de los directos afectados permite captar una información que no está disponible y constituirá un aporte tanto para la evidencia empírica como para los constructos teóricos. La narrativa y el significado que las personas otorgan a las vivencias Polkinghorne, D. (1996); los eventos escogidos, las descripciones, el orden, la secuencia, abren la puerta a la comprensión para producir intervenciones que aportan al bienestar de las perso-

nas y las comunidades . La casa en donde se vive, el trabajo, el estudio, los objetos personales y laborales, el barrio, los vecinos; se revisten de sentido según las experiencias, metas, sueños, proyectos y oportunidades que cada cual tenga individual y colectivamente. La fuerza de la narrativa permite comprender la identidad, provee dirección y propósito al unir eventos de la vida a través del tiempo.



La selección de los participantes se ha realizado acorde a criterios no probabilísticos, utilizando la combinación de casos típicos, casos extremos e informantes claves. Las unidades de análisis son personas adultas, de diferente sexo y ocupación, que han sido afectadas directamente por la inundación, aceptaron participar del estudio, pertenecen a diferentes grupos etarios y socioculturales y se encuentran en condiciones de hablar de sus vivencias. Siendo ésta una condición fundamental, en tanto al día de hoy muchas personas afectadas por la catástrofe, no se encuentran en condiciones psicológicas y emocionales, de hablar de esa experiencia, por lo traumática que ha resultado.

Los casos expresan la diversidad del fenómeno de estudio, en particular: edades, sexos, condición económico-social, ocupaciones y participación social. Se seleccionaron los ocho barrios más seriamente comprometidos: Sur, Centenario, San Lorenzo, Chalet, Santa Rosa, Villa del Parque, Barranquitas, Roma; acorde a la información estadística. Se incluyeron también los barrios 29 de Abril y La Tablada, constituidos después de la catástrofe por familias que quedaron sin viviendas.

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realiza pesquisa de tipo naturalista. La información se recaba en los contextos de desempeño de cada participante y según su propia elección. Generalmente acontece en las viviendas y lugares de trabajo. Los instrumentos utilizados para la recolección son entrevistas en profundidad, historias de vida y narrativas ocupacionales, con una mayor utilización de estas últimas. La recolección y análisis de datos se realizan de forma paralela. Se aplica la triangulación utilizando diferentes métodos de recolección y diferentes inves-

tigadores. La elección de los participantes, las condiciones de obtención de los datos, los múltiples investigadores, la examinación de pares externos, los investigadores en calidad de participantes y el registro mecánico de los datos, son algunos de los criterios para elevar la fiabilidad interna y reducir las amenazas del estudio.

RESULTADOS PRELIMINARES

Al momento se han realizado seis entrevistas en profundidad, seis narrativas y dos historias de vida. Los resultados y conclusiones que se presentan, tienen el alcance de primeras aproximaciones. La información analizada es altamente coincidente en determinar tres momentos claramente diferenciados que denominaremos: **pre-catástrofe**; **catástrofe** (emergencia) y **post-catástrofe**. Desde una perspectiva diacrónica, es posible ubicar el comienzo y fin de estos momentos por la duración temporal diferente. Mientras que la pre-catástrofe se puede medir por horas; la catástrofe tiene una duración de días a meses y la post-catástrofe se extiende en el tiempo, para algunas personas hasta la actualidad. La perspectiva ocupacional, permite identificar qué sucede con las ocupaciones que las personas realizan en cada uno de estos momentos y establecer relaciones con sus historias ocupacionales, continuidades y interrupciones.

El momento pre-catástrofe:

Transcurre durante las horas previas de la llegada del agua a las viviendas hasta la evacuación.

Las personas desarrollan nuevas ocupaciones como preparativas preliminares y a modo de medidas preventivas. Tal como ellas lo relatan: "...hicimos una parecita en la puerta de casa...", "...levantamos las cosas: colchones, heladera, ropa, arriba de la mesa..."; "colocamos bolsas de arena..."; "...y luego nos sentamos a almorzar"...; "...dormimos la siesta..."; "...Tomamos café..." Estas últimas referencias indican que en ese momento no se produjeron modificaciones sustanciales en las rutinas y hábitos cotidianos. Se evidencia también que la evacuación se retrasa lo más posible hasta que ya no se puede permanecer.

Estos datos parecen confirmar el principio teórico, acerca de que los hábitos resisten al cambio. Sin embargo, de las entrevistas surge información que permite poner al menos en duda tal afirmación. ¿Cómo se explica este comportamiento y tales conclusiones?

Varios de los participantes lo relacionan con la información que manejaban: "...nadie nos avisó, nadie nos dijo nada...". Esta relación es extensiva a calificar como engaño y mentira, la información oficial brindada en ese momento. Cabe aclarar que en la inundación del 2003, no sólo no hubo alerta ni orden de evacuación sino que las autoridades avisaron por los medios de difusión que la población se podía quedar tranquila porque nadie se inundaría. Este aviso fue a media mañana. A la tarde,

casi todos los barrios del oeste de la ciudad estaban inundados y a la noche ya había 20 muertos.

Volviendo al interrogante, se puede inferir que, si las personas sabían de antemano que se iban a inundar, hubieran tenido otro comportamiento. Algunos de ellos incluso lo manifestaron expresamente. También aparece que los avisos de peligro recibidos en ese momento: de vecinos, familiares o amigos, no se los acreditó en el momento por no condecir con la información oficial, pero muchos fueron recordados con posterioridad a los hechos. Como al decir de uno de los participantes: "...si le hubiera hecho caso a..., no me hubiera inundado".....



Momento de la catástrofe- la emergencia:

Desde que las personas salen de sus viviendas hasta cuando se establecen en un lugar. El avance del agua obliga a salir. "...el agua era tan fuerte y de tanta magnitud que ya casi no podíamos hacer pie". La salida es desorganizada, las personas se pierden, se buscan, se encuentran, se vuelven a desencontrar.

Algunos no se quieren ir y se quedan en los techos o terrazas. La salida se realiza en grupos, mayoritariamente de familias y vecinos. Es el momento del caos y la desorganización. "...No dio tiempo a nada"...; "...No saber que hacer, que cosas salvar;...Fue una locura. No te puedo decir como estuve pero estaba como en el aire;...éramos fantasmas, caminábamos por inercia, perdidos; éramos muertos vivientes...". Para narrar lo vivido, las personas apelan al uso de figuras y metáforas. Este recurso parece ayudar a pintar lo complejo y profundo de las vivencias.

Se afirma que se produce un desequilibrio total en las ocupaciones. Nadie pudo seguir haciendo lo que hacía. En algunos casos, viven evacuaciones sucesivas porque la inundación avanzó sobre los centros de evacuados o casas de los familiares y amigos donde

se habían refugiado. Una vez que se encuentran alojados sea en centros de evacuados o en casa de familias, se produce un fenómeno que se caracteriza por: - superposición de ocupaciones; - recarga ocupacional o sobreocupación y - orquestación-coordinación de ocupaciones.

Las ocupaciones superpuestas se configuran como tales porque convergen nuevas ocupaciones que surgen de la inundación, tales como: Hacer trámites, para ser registrados, vacunados, censados, recibir ayuda, entre otros y trámites relacionados con el manejo de una casa: pedir la luz, el gas, la documentación. Acudir a la vivienda inundada a rescatar cosas; al barrio a asistir a los vecinos en los techos, participar en actividades de asistencia y solidaridad y a la par, desarrollar las ocupaciones de la vida diaria y del hogar, que cambian de forma según donde se encontraran alojadas las personas. Una vez que el agua bajó, se agregan las tareas de limpieza de las casas. Para algunas personas pedir y/o recibir ayuda, en particular de la asistencia oficial, se constituyó en un nuevo rol y lo explican diciendo: "...uno siempre acostumbrado a vivir del fruto del trabajo...era algo nuevo, difícil...". También presionar al gobierno para que haga algo, para algunos fue ejercer un nuevo rol. La participación social, el reclamo, la lucha social.

La recarga ocupacional es producto del aumento de ocupaciones, la diversificación, el tiempo invertido y el ritmo acelerado en que se desarrollan. Por ejemplo, una persona dice: "... me la pasaba lavando ropa, secando ropa, limpiando, planchando..." Relato típico de lo que hizo mucha gente para recuperar algo de lo que había quedado bajo el agua. Otros se refieren a ese momento de la siguiente manera: "... no estaba acostumbrada a trabajar tanto,...sentía el cansancio en el cuerpo..."; "... Limpiar, poner a secar al sol, la ropa, los documentos, los libros..., era todo el día..." Se destacan las tareas de limpieza de ropa, de los artefactos y mobiliario que se rescataron bajo el agua y de las casas inundadas. También se identifica en quienes participaron como voluntarios.

La orquestación de ocupaciones es la forma en que fueron organizadas las ocupaciones para afrontar la nueva situación. Las familias funcionaron como unidades alrededor de las cuales se reorganizaron las rutinas. La distribución de las ocupaciones se da según los roles y posibilidades de cada uno y considerando las características de los contextos. Relatos como: "... lavábamos la ropa en la casa de mi hija que no se había inundado porque allí teníamos todo para hacerlo...". Otra dice: "... El marido de mi hija se encargaba de ir a limpiar la casa inundada porque ella estaba embarazada y había que cuidarla de las enfermedades"... En otro caso, una madre refiere que su hija fue su apoyo, que delegó las decisiones en ella en los primeros momentos, hasta que pudo volver a su casa porque "no me sentía capacitada".

Aparecen dos lugares ocupacionales centrales y paralelos: el lugar donde está evacuado y la casa inundada. Aquí transcurre la vida durante el período de emergencia, situación cuya duración oscila entre uno y tres meses promedio. Esto hace a las características que adquieren las ocupaciones, donde un común denominador es el tener que trasladarse de un lugar a otro, una o varias veces al día. Así también como la organización de las ocupaciones acorde a parámetros temporales, tales como el tiempo de luz natural (porque en las casas inundadas no había de luz eléctrica) o el horario de inicio del toque de queda, durante el cual no se podía permanecer ni circular por las calles.



Durante este período, varias personas mencionan haber tenido cambios en sus hábitos, tanto sea por ausencia como por exceso. Por ejemplo, el consumo de cigarrillos, cuando dicen: „Había dejado y volví a fumar, canalicé con el cigarrillo todas las angustias“. Nunca fumé tanto como en esos días...“; las alteraciones en el sueño: dificultades para conciliarlo, interrupciones por pesadillas con contenidos relacionados con la inundación o dormir muchas horas, como quien dice: „...yo lo único que quería era dormir, yo quería dormir profundamente para evadirme de todo lo que se vino y se venía...“. También se da el abandono o interrupción de algunos hábitos. Tal como lo expresan los siguientes relatos: „...Estuve casi una semana sin lavarme los dientes hasta que me di cuenta que era porque no tenía el cepillo“; „extrañaba levantarme a la mañana y no tener mis libros para estudiar y preparar mis clases, siempre lo hacía pero después de la inundación no podía porque no me había quedado nada...“

En estas últimas situaciones mencionadas, los objetos perdidos producen el cambio en los hábitos. También se expresa la incorporación de una nueva ocupación que les ayudó a algunos informantes a sobrellevar la situación, valorándola como un apoyo para el afrontamiento. Por ejemplo: escribir. Una narrativa analizada de este estudio fue realizada en estas circunstancias y en ella dice. „no sé si se puede escribir todo lo que uno siente, creo que no, pero esto me da el empujoncito para salir un poquito cada día“. Estas ocupaciones tienen la particularidad de aparecer como necesarias

en ese momento, servir a las personas para sobrellevar la situación y puntualmente, no son ocupaciones que las personas hacían antes de la inundación ni que continúen realizando en la actualidad. También aparece la participación en actividades de solidaridad y ayuda durante la emergencia: „necesitaba hacer algo por los demás...“

Momento de la post-catástrofe.

La recuperación.

Hay hechos recurrentes en los relatos que marcan el inicio de la recuperación. Se constituyen a partir de „la vuelta a casa“ (casa inundada) o al lugar donde vivir de manera estable, y al retomar aquellas ocupaciones más significativas que se interrumpieron con la inundación, particularmente: el trabajo y el estudio.

La casa es un punto clave. Muchos volvieron sin tener los servicios básicos (luz, gas, teléfono) o con instalaciones precarias. Las personas explican el sentido de esta decisión de esta forma: „...necesitaba recuperar la imagen que tenía de mi casa...“, „...cuando la casa estuvo en orden, mi vida estuvo en orden...“

Otros no volvieron y decidieron alquilar una vivienda. La decisión de no volver está ligada al dolor, los recuerdos, las pérdidas. „...Sentía que ya no era mi casa...“; „...mi casa no es mi hogar...“; „...no podía, no sé, hasta el día de hoy no puedo, casi no voy... es como si estuviera enojada con mi casa, me hace mucho mal...“. También aparecen en algunas familias, las diferentes formas en que cada uno vive la situación. Familias donde algunos querían volver y otros no. „...Esto fue y sigue siendo tema de discordia...“; „...pelamos, peleamos mucho, ellos querían volver (se refiere a los padres con quienes vivía) y se fueron nomás...yo me quedé...“.

Retomar las actividades laborales, resulta otro núcleo fuerte. Las personas lo relatan así: „...a los dos meses volví a dar clases y retomé todos mis trabajos...“; „...lo prioritario fue que mi papá empezara a limpiar el taller herramienta por herramienta... para que pudiera empezar a trabajar...“ Una persona refiere haber decidido no volver a uno de sus lugares de trabajo por el comportamiento que tuvieron ante la inundación (hechos de corrupción).

Cabe aclarar que era una dependencia del gobierno. Otro tanto sucedió con el estudio: „...retomar mis estudios era mi meta, ya me recibí y voy por más“; „...los chicos volvieron a sus actividades escolares (a los casi tres meses) y vinieron los otros problemas...“ Este relato anticipa lo que sucedió en cuanto a los cambios producidos en el desempeño ocupacional. Una madre relata de sus hijos que „...su rendimiento académico bajó terriblemente...“; una estudiante dice: „...me costaba mucho retomar el ritmo, necesitaba tiempo para organizar mi cabeza...“.

Algunas personas no retomaron ocupaciones, por diferentes razones. Varios refieren el cambio de sentido.

Por ejemplo haber dejado de realizar actividades recreativas y deportivas, porque después de la inundación las valoraron de otra forma. Están presentes en varios casos, las limitaciones materiales; sea por las modificaciones de los lugares, falta de recursos económicos o por cambiar las prioridades.



Las personas perciben los cambios en las ocupaciones relacionados con el significado, con lo que cada cual había elegido y se interrumpió con la inundación. Para muchos el cambio implicó retomarlas. Cuando las personas recuperan el sentido de control de la propia vida y de las decisiones, desde las pequeñas cosas: comer, dormir, parece ser el punto de cambio.

Las personas entrevistadas no perdieron familiares, pero sí varios mencionan el fallecimiento de vecinos. Es recurrente la referencia a las pérdidas en la salud tanto física como mental. Algunos mencionan que fue el inicio de tratamientos psicológicos. En este tema la mayoría de las personas se emocionan, lloran, se producen silencios, expresan sus sentimientos de diversas formas.

El impacto en lo ocupacional se traduce en varios casos en disrupciones ocupacionales. Particularmente en aquellos que perdieron los lugares y elementos de trabajo, pequeños talleres y emprendimientos productivos familiares. En la memoria se conserva lo que uno tenía y la decisión de hacer lo enfrenta a asumir que esas cosas ya no se tienen. Esto ha perdurado en algunas personas hasta después del año.

Lo común es que las personas construyen sus historias de ocupación otorgando sentido a los objetos. En los relatos abundan referencias al valor de los objetos perdidos, con detalles respecto al significado que tenían. Es tal la riqueza de este tema que ameritaría otro estudio específico. Al momento se puede concluir que si algo está claro es que el valor que pesa respecto a

los objetos perdidos, es el simbólico sobre el material. Las personas hablan de las fotos, de regalos, de objetos heredados; en general pequeñas cosas, todas testigos de alguna parte de la historia personal, familiar, laboral, social. Y que tienen la característica común que son imposibles de recuperar.

Las reacciones ante las pérdidas materiales son diferentes y pueden agruparse en dos tipos de actitudes; recuperar lo más posible o tirar, desprenderse de todo lo que quedaba. La familia, los vecinos, los amigos y los compañeros de trabajo, funcionaron como fuertes apoyos para todos los participantes de esta investigación. Desde la ayuda material hasta la contención afectiva. Esta evidencia es de capital importancia a la hora de pensar la preparación para afrontar situaciones críticas. De igual modo, aparece una marcada crítica a las intervenciones oficiales. Claramente lo expresa el siguiente relato: "... las políticas hechas sin considerar las necesidades de la gente, nos obligaron a ocupar mucho de nuestro tiempo en trámites burocráticos..."; "...entraban en nuestras viviendas y en nuestra vidas y decidían por nosotros...". Los relatos abundan en datos sobre la ayuda material recibida, que era escasa e inadecuada. Dicen: "...lo que se daba no tenía relación con lo que necesitábamos"; "... no somos todos iguales...".

Así también como lo que cada cual hizo con la asistencia del estado. Algunos rechazarla, otros sacarle todo lo posible y darle a los que necesitaban más, prevaleciendo sentimientos de bronca, indignación y odio.

No existe coincidencia respecto a cuando termina este momento. Aparece ligado a lo que cada cual pudo o no hacer para modificar la situación en que los dejó la inundación. Lo que es coincidente es que esta etapa no se ha cerrado aún, ligando a cuestiones de orden colectivo y de valores tales como: la falta de verdad respecto a las causas, ausencia de justicia (no hay ningún responsable condenado) y la inseguridad respecto a que vuelva a pasar. Cabe aclarar que en el año 2007, la ciudad de Santa Fe vuelve a sufrir otra inundación que si bien afectó a menor cantidad de pobladores (80 mil), muchos de ellos fueron los mismos que sufrieron la del 2003.

Desde una perspectiva temporal, se permite identificar alteraciones en la percepción temporal de los acontecimientos en relación al desempeño de ocupaciones. Dos momentos permiten identificar claramente el grado y la experiencia de percepción de la duración temporal de las ocupaciones que realizaban las personas. Se logra señalar aquí dos fases, el tiempo que marca la emergencia y la fase posterior a la misma. La duración de los sucesos de tipo catastróficos permite comprender en los relatos aquellos factores que demuestran la alteración de la percepción del reloj subjetivo, reconociendo en las experiencias relatadas que la percepción experimentada por las personas es

multifacética. Se logra detectar entre los factores influyentes aquellas situaciones que son vividas por la gente como desagradable, el grado de urgencia y la cantidad y variedad de ocupaciones ante los acontecimientos. Cuanto mayor fue el grado de urgencia sentido ante el avance del agua hacia adentro de los hogares, la obligada evacuación y la búsqueda desesperada de un lugar seguro, el paso del tiempo fue percibido con mayor lentitud durante la realización de determinadas actividades.

Con el agua invadiendo la cotidianidad: "nosotros anduvimos cinco horas con el agua hasta el pecho, no salíamos más..."; "estábamos yendo y viniendo, mi hija no se despegaba más de mí, como en un mes más o menos..."; "Nos la pasábamos limpiando, al otro día de nuevo, porque fue muy lenta la bajada, era de a milímetros que bajaba."

Ante la necesidad de encontrar un lugar seguro o reubicarse nuevamente, el sentido de urgencia se actualizaba hora a hora. Tal como ellas relatan: "...Pasaron cinco o seis días que estaba en la casa de mi prima, dónde nunca nos imaginamos que iba a durar tanto tiempo, por lo que decido volver a la casa de una de las chicas de la escuela...".

El permanecer en los techos o en las terrazas de los hogares colocaba a la gente ante situaciones desagradables, las inclemencias del clima, necesidades físicas y fisiológicas no satisfechas. Estos acontecimientos desencadenados a su vez por otros acontecimientos llevaban a que las personas percibieran que las actividades en las que se comprometían transcurrían por periodos de tiempos más extenso, por ejemplo: "...Estaba arriba de mi casa sin comer, ni mis perritos ni yo, sin bañarme, pasé todo ese tiempo así, todo ese largo tiempo, era de nunca terminar...".

A su vez, el contexto amenazante influía en la distorsión de las percepciones de los ritmos que acompañaban y armonizaban las rutinas cotidianas. Los relatos demuestran: "...fueron momentos difíciles sin poder hacer nada de nada, el agua subía cada dos horas, para nosotros esas dos horas eran como dos días..."; "...fueron pasando las horas, llegó el medio día, mis viejos se fueron de la casa y quedamos los cuatro hermanos en la terraza, así comienza una larga etapa de supervivencia...". También se identifican que posteriormente al período de la emergencia, las personas retoman determinadas actividades que le posibilitan organizarse, volviendo a sus hogares y establecieron rutinas. En muchos casos la escasa variedad de actividades caracterizaba el desempeño de actividades en los ambientes en los que se encontraban los informantes. Esto indica que el tiempo percibido y el recuerdo de lo vivido era lento. "...El primer día pasó, pasó el segundo día, con poco por hacer y así sucesivamente"; "el agua iba colmando nuestras paciencias, ya el día catorce era vivido como una eternidad".

Hay hechos y vivencias en los relatos que definen el momento de la postcatástrofe por acontecimientos y ocupaciones. Por ejemplo: volver a la casa, reunirse con la familia nuevamente, comenzar a trabajar o a estudiar, llevaban a que las personas ante estas circunstancias percibieran el rito de los sucesos como rápido y en consecuencia la experiencia recordada de duración era percibida como comprimida: "...en esos días en la que agua bajó, ayudó a que mi marido fuera almorzar todos los medios días, volver de a poquito..."; "...descansar un poco en la siesta, bañarse viste..."; "...Lavar, planchar, lavar y planchar, nos organizamos un día cada uno, en ese sentido se pudo hacer bastante rápido...".

Las experiencias demuestran que el tiempo de los acontecimientos se encontraba en permanente cambio, a su vez los tempos de los sucesos definen el ritmo y los tiempos de cambios en el plano ocupacional. Claramente lo expresan los siguientes relatos: "...ya no pensás en la inundación, sino en cómo salvar lo que te quedó, qué es lo que puedes ir reparando, es lo que se puede hacer en este tiempo..."; "...no obstante al año siguiente me dediqué a viajar por todo el país, venía de un viaje y me iba a otro"; "...vos tenés que escaparte como puedes...".

La vuelta al hogar para la mayoría de las personas fue un punto clave de la reorganización de sus vidas. Pero también para varios, fue la aparición de las evidencias de qué o cuánto estaba afectado y no se había percibido antes. Tal como lo expresan algunos participantes: "...una vez estando en mi casa fue bravo, después retomé mis ejercicios, pero con la cabeza en otra cosa, o sea la forma de hacer ejercicios sistemáticos, hacía más de un lado que del otro, se rompió el ritmo..."; "...ahora hace ya más de cuatro años que no pinto más adentro de la casa, y ni mi caliente, es una asquerosidad como siempre estuvo y eso no es normal en mí, antes si la pintura se caía el primer domingo que había sol, yo ya estaba pintando...".

ALGUNAS CONCLUSIONES PRELIMINARES

- Los cambios en las ocupaciones y su relación con el tiempo, permiten identificar los distintos tipos de intervención posible desde terapia ocupacional. Particularmente en: - la prevención; - durante la emergencia y - en la recuperación.
- La evidencia de la falta de un plan de contingencia y la familia, vecinos y amigos que funcionaron como apoyos más efectivos tanto en el momento de la salida de las casa como posteriormente, permiten afirmar que un plan de contingencia debe ser elaborado con la participación activa de todas las personas y teniendo en cuenta su funcionamiento y organización natural.
- El modelo que subyace en el tipo de intervención y asistencia del Estado, demuestra la subestimación de la capacidad de las personas y sus organizaciones.

- El sentido de control de la propia vida es lo que se pierde abruptamente en el momento que irrumpe la catástrofe y permanece por diferentes lapsos de tiempo. Lo primero que debe considerarse es que las personas conserven el poder de tomar las decisiones.
- En relación a las pérdidas, se evidencia un proceso de recuperación parcial. Los relatos indican más que nada una permanente actualización de las pérdidas y un estado de inseguridad que permanece al día de hoy.
- La recuperación está directamente ligada a las oportunidades que han tenido las personas para reorganizar sus rutinas y ocupaciones. Los apoyos más efectivos son los que se brindaron las personas entre sí, a partir de las relaciones ya construidas de familia, barrio, trabajo, estudio o de las nuevas relaciones surgidas a partir de la inundación. Pero si alguien ha estado ausente en todo este proceso, es el Estado y las políticas públicas.
- La percepción personal del tiempo: la confusión, la atemporalidad, los cambios, la recuperación a lo largo del tiempo y el tiempo de cada cambio, constituyen indicadores a tomar para la elaboración de planes, programas y proyectos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 1945. "Gestionar los riesgos. Programa mundial de evaluación de los recursos hídricos". Disponible en: http://www.unesco.org/water/wwap/facts_figures/index_es.shtml

Organización de las Naciones Unidas (ONU). Katherin, Claudia. "Los desastres de la naturaleza". Disponible en: www.un.org/spanish

Losano Ascencio, C. "La construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen". En Revista de la Facultad de Ciencias de la Información. 1995. UCM. Número extraordinario, pp 47-67 (Madrid).

Subirats, E. Las catástrofes naturales no existen. Diario Página 12. 2005. Septiembre, contratapa, p. 32. (Buenos Aires, Argentina).

Henitt; (1983); Smith 1996 y White, Lustage, Wisner, O'keefe, Hwwitt en Sanahuaja Rodriguez, H. 1999. el daño y la evolución del riesgo en América Central.

Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Costa Rica

Cohen, R. 199. Salud Mental para Víctimas de desastres. Manual para trabajadores.

Editorial El Manual Moderno. OPS. México. D.F.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). Katherin, Claudia. "Los desastres de la naturaleza".

Disponible en: www.un.org/spanish

Oliva, L. Catástrofes naturales, la amenaza latente. Argentina: Los desafíos de la naturaleza.

Diario La Nación. 2005. Oct. Sección 7. Enfoques, p. 1-3. (Buenos Aires, Argentina)

Organización Meteorológica Mundial. 2005 es el año con más tormentas tropicales.

Diario El Litoral. 2005. p. 32. (Santa Fe, Argentina).

La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en América Latina. Desinventar; sistema de inventarios de Desastres en América Latina. OSSO / ITDG: Cali.

Cohen, R. 199. Salud Mental para Víctimas de desastres. Manual para trabajadores.

Editorial El Manual Moderno. OPS. México. D.F.

Pichot, Pierre, López-Ibor, Aliño, Juan J, Valdes Miyar M.. 1995. D.S.M. IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. 4º Edición. Editorial Masson, Barcelona

OPS- OMS- 1999. Asistencia humanística en casos de desastres. Washington. DC. 2000.

Los desastres naturales y la protección de la salud. Washington D.C.

Rosenfeld, M.S. 1989. Occupational disruption and adaptation: A study of house fire victims en American Journal of Occupational Therapy 4, 89 -96.

Kielhofner, G.: Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación, tercera edición.

Investigación. Editorial: Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2002. Cap.27, pág. 605.

Kielhofner, G.: Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación, tercera edición.

Investigación. Editorial: Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2002. Cap.27, pag.617

Kielhofner, G.: Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación, tercera edición.

Investigación. Editorial: Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2002. Cap.27, pag. 618.

Faher, R; Pecci, M; Gómez Prieto, C; Besoni, A Y Garzarón, M. 1997.

Salud Mental: Consecuencias Psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar Río III, Córdoba, Argentina. En acta Psiquiátrica- Psicológica. Editorial América Latina.

OPINIÓN

TERAPIA OCUPACIONAL Y LEY DE DEPENDENCIA

Pedro Solaeta Gómez

Terapeuta Ocupacional

L@s TOs estamos específicamente formados para la evaluación de las AVD, planificación, desarrollo e intervención del tratamiento de las personas con disfunción ocupacional. En la Comunidad de Castilla y León se pueden cursar los estudios de la Diplomatura de Terapia Ocupacional, en la Universidad de Burgos y en la Universidad de Salamanca. La Junta de Castilla y León y los responsables del desarrollo de la Ley de Dependencia y creación de equipos para valorar a las personas susceptibles de acogerse a este nuevo derecho, no cuentan con l@s TOs y nos mantiene excluidos de los equipos de valoración. Durante los más de 16 meses de aplicación de la Ley de Dependencia, han desoído las recomendaciones del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que reconoce a l@s TOs como los mejor preparados académica y profesionalmente para la aplicación del baremo de valoración. Se han limitado a contratar, única y exclusivamente a Trabajadores Sociales, asignándoles a los Centros de Acción Social (CEAS), desbordados de trabajo por la multitud de funciones asignadas, incluso antes de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia.

L@s TOs de Castilla y León hemos dirigido escritos a la Gerente de Servicios Sociales Dña. Milagros Marcos Ortega y al Director General de Política Social y Atención a la Dependencia D. Jesús Fuertes Zurita, solicitando reuniones con los representantes de l@s TOs de nuestra región, sin recibir a día de hoy respuesta alguna por parte de los responsables de la Junta.

El (CERMI) Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, en su análisis de mayo de 2008, sobre el sistema de valoración y reconocimiento de la situación de la dependencia, señala en el apartado en relación a los equipos de valoración: "Resulta imprescindible definir un perfil mínimo de la persona valoradora, que de homogeneidad a este tipo de profesional..." "Parece muy necesario incrementar la formación de los evaluadores de modo que no sólo sea más homogénea y técnica, sino que incremente la equidad en la valoración" "En definitiva, el problema de valoración parece que no está tanto en el baremo, aunque hay que mejorarlo, sino en la falta de especialización de las personas valoradoras para aplicarlo correctamente." L@s TOs apostamos por el mejor desarrollo posible de la Ley de Dependencia en nuestra región, al igual que se esta produciendo en la mayoría de las CCAA, donde los equipos de valoración están formados por equipos multidisciplinares que han apostado fuertemente por la figura profesional del TO.

En pleno municipal del Ayto. de Palencia celebrado el 19 de Junio de 2008, la portavoz del grupo municipal de IU-Los Verdes, Rocío Blanco, presento una moción para la creación de equipos multidisciplinares en la aplicación de la Ley de Dependencia. D. Carlos Alfonso Polanco, del grupo municipal del PP y Gerente Territorial en Palencia de los Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, justifico el actual modelo de desarrollo de la Ley de Dependencia y la NO creación de equipos multidisciplinares durante su intervención, diciendo: "...este procedimiento (el actual) evita entre otras cosas, dos cuestiones fundamentales, por un lado la posible falta de objetividad e incluso el posible engaño en un proceso de valoración, si se desarrollase por parte de equipos profesionales ajenos a los sistemas públicos normalizados de atención, (...) y por otro se evita una nueva intromisión innecesaria, en la vida e intimidad de estas personas.". L@s TOs somos profesionales socio-sanitarios que, por supuesto, al desarrollar nuestro trabajo, no producimos intromisiones innecesarias en la vida de las personas a las que atendemos.

Además entendemos, que las personas que solicitan acogerse a este nuevo derecho, no pretenden engañar a los profesionales evaluadores o a la Administración, si no obtener un reconocimiento de las administraciones, justo y adecuado a su grado y/o nivel de Dependencia. Personalmente creo, que alguien con responsabilidades públicas a su cargo, como D. Carlos Alfonso Polanco, que expresen públicamente lo contrario, debería dimitir y dejar su cargo de forma inmediata.

Según datos del Observatorio de CCAA, Castilla y León es la tercera por la cola, en el registro, tramitación y valoración de los expedientes de la Ley de Dependencia, por detrás incluso de dos comunidades de carácter uniprovincial. La Asociación Estatal de Directores y Gerentes de los Servicios Sociales en España, señala que el modelo actual de desarrollo requerirá un importante esfuerzo de dotación de más personal y más medios. A pesar de todo, la Junta de Castilla y León continúa empeñada en apostar por el desarrollo de un modelo que NO FUNCIONA y que demuestra carencias importantísimas en la valoración, tramitación y reconocimiento del nuevo derecho generado por la Ley de Dependencia.

Además de TOs, somos ciudadanos de Castilla y León con plenos derechos y deberes, y exigimos una rápida rectificación de la de la Junta con respecto al desarrollo de la Ley de Dependencia en nuestra región.

OPINIÓN

TÉCNICAS ORTOPROTÉSICAS EN LA VIDA DIARIA DE UN TERAPEUTA OCUPACIONAL

Andrea Fernández Rodríguez

Soy estudiante del último curso de Terapia Ocupacional. A lo largo de la carrera he realizado varias prácticas como terapeuta ocupacional en diversos centros, principalmente en ámbito geriátrico y físico. A su vez, he adquirido ciertos conocimientos sobre las técnicas ortoprotésicas en la Universidad y su importancia en la labor profesional de un terapeuta ocupacional. Realizo este documento ya que observo una gran diferencia entre mi experiencia como alumna en prácticas y la teoría obtenida sobre dichas técnicas. Esto es, durante mi estancia en los distintos centros de prácticas únicamente he visto la aplicación de una de estas técnicas en el Centro Ángel de la Guarda.

Sin embargo, en los demás centros en los que he estado no he observado ninguna aplicación de las distintas técnicas ortoprotésicas incluso en casos en los que sería necesario. Todo esto me lleva a las siguientes preguntas: ¿Por qué no hay un uso normalizado de éstas técnicas en el trabajo diario de un terapeuta ocupacional? ¿Acaso no es una de las competencias que atañen a esta profesión?

Reflexionando sobre este tema he llegado a las siguientes conclusiones por las que creo, personalmente, que el terapeuta ocupacional no utiliza las técnicas ortoprotésicas de un modo habitual. Éstas son:

Planes de tratamiento poco individualizados: ya que la mayoría de terapeutas trabajan con un grupo de personas a su cargo, es difícil dar un enfoque individual a cada una de ellas. A pesar de la necesidad de objetivos de tratamiento individualizados para cada paciente, la práctica diaria hace que se pierda éste referente y se trabajen objetivos comunes a todo el grupo.

Falta de tiempo: esto es, tanto falta de tiempo de planificación como falta de tiempo de gestión. Un terapeuta ocupacional debe planificar un tratamiento y una intervención en base a una valoración previa pero, la realidad en su mayoría es muy distinta: las valoraciones suelen ser basadas en la observación y con el mismo enfoque grupal que más tarde marcará el trayecto de la intervención, es decir, en ocasiones, el terapeuta desconoce las peculiaridades y las necesidades de cada uno de los pacientes. Esto se debe principalmente a una organización del tiempo laboral demasiado estricta que exige al terapeuta ocupacional priorizar objetivos comunes a los individuales.

Coste de materiales: los centros generalmente, suelen tener una cierta reticencia a prestar servicios económicos para la adquisición de todo tipo de material. Este hecho, influye decisivamente sobre las técnicas ortoprotésicas, ya que son materiales generalmente no reutilizables, individuales y costosos. Por lo tanto, es infrecuente encontrar un centro que invierta en el gasto que produce la compra de este material. Además, los centros priorizan la adquisición de materiales duraderos y de uso común a todos los usuarios que los materiales de uso individual.

Déficit en la formación: en este apartado hay dos ideas claves por así decirlo, la primera de ellas es la falta de conocimiento sobre aspectos anatomofisiológicos como de la aplicación de las diferentes técnicas. Con esto me refiero no solo al déficit de nociones que presentamos los estudiantes y profesionales, sino también que el gran abanico de conocimientos que requiere esta profesión impide especializarse en algo concreto; de este modo los terapeutas ocupacionales saben un poco de todo y no se especializan en algo concreto como este tipo de técnicas.

La segunda idea es el miedo que genera la aplicación de algunos métodos usados por otros profesionales, por parte del terapeuta. Es decir, otros profesionales como los fisioterapeutas o médicos rehabilitadores usan las técnicas ortoprotésicas de forma natural para perseguir y alcanzar unos objetivos concretos, específicos de su trabajo. Un terapeuta ocupacional puede utilizar estas mismas técnicas persiguiendo otros objetivos distintos pero, beneficiosos para el paciente y dentro del marco de trabajo de la Terapia Ocupacional. Por otra parte, muchas veces el hecho de huir de posibles conflictos con otros profesionales, conflictos que en su mayoría son injustificados; hace que el paciente no se vea favorecido de las técnicas ortoprotésicas por parte de la Terapia Ocupacional y, en ocasiones por ningún otro profesional.

Por último, quisiera añadir bajo mi punto de vista que viendo lo anteriormente mencionado y las razones por las que opino que no se usan las técnicas ortoprotésicas de una forma normalizada pienso que deberíamos plantearnos un cambio de actitud y luchar por lo que realmente es favorable para el paciente. No sólo se trata de un cambio interno del propio terapeuta ocupacional sino también de un cambio externo en el recurso al que acuden a día de hoy las personas con discapacidad, tanto centros de día como hospitales, centros gerontológicos, etc.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

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

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

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

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

Segunda página: Figurarán por este orden: Título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirá de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos. Los originales deberán constar de introducción, material y método, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 5 páginas y 6 figuras o tablas. Las notas clínicas no superarán los 3 páginas y 4 figuras o tablas. Las revisiones podrán contener un máximo de 4 páginas.

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

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

ARTÍCULOS DE REVISTAS

1) Artículo normal

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

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

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

2) Autor institucional

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

3) Sin nombre de autor

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

LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

1. Indicación de autores personales.

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leader skills for nurses, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996

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

3. Indicación de una organización como autor y editor. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicare 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 Al. 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>

VII BECA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, ESTUDIO O INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL "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 3º curso 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 versará sobre la Terapia Ocupacional y cualquier aspecto relacionado con esta disciplina.

3. La modalidad será la de Proyecto de Investigación, Estudio y/o Intervención. Dicho proyecto no superará los veinte folios mecanografiados a doble espacio por una sola cara y debe ser presentado por duplicado, formato papel y C.D.

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 Octubre de 2009 a la siguiente dirección: Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias. Apd de Correos 1834, C.P.:33080, Oviedo. Indicando en el sobre "VII 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. El Jurado se reserva el derecho de designar la beca desierta en caso de que los proyectos presentados no tengan la calidad requerida para ser ganadores de esta beca.

8. Se establece una Beca de 400 € para el proyecto premiado. Se entregarán 300 € cuando sea público el fallo. El resto, se entregará tras la creación de la Licencia Creative Commons oportuna, entre el autor del trabajo y la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias.

9. El fallo del jurado, que será inapelable, se hará público en el mes de Noviembre de 2009.

10. El trabajo ya finalizado será propiedad del autor que podrá decidir bajo qué tipo de licencia Creative Commons permitirá distribuir su trabajo a la Asociación organizadora de la beca. APTOPA se reserva el derecho de la primera publicación en la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional y el derecho de cita de esta versión original.

“Crear posible algo es hacerlo cierto”

Friedrich Hebbel (1813-1863)

Poeta y Dramaturgo Alemán

Subvencionado por



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS