

TERAPIA OCUPACIONAL

número 8



CONTENIDOS

// Entrevista:

“La accesibilidad en Internet”

// Artículos:

Trabajo ganador de la VII Beca Susana Rodríguez.
Programa intergeneracional de T.O. en el Centro de día.
Malos tratos en personas mayores, el papel de la T.O.
L' Axencia Asturiana pa la Discapacidá.
Nuevo convenio Centros de Día.



Diciembre 2010

CARTA DEL DIRECTOR

Las ilusiones y expectativas que dibujábamos en el número anterior, lejano por otra parte, se han ido tornando en realidad. Decidido como estaba el Consejo de Redacción a dar el paso y crear nuestra página web, esta fue diseñada y está a disposición de todos los interesados. www.therapeutica.es constituye además un proyecto que engloba a la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional e incluye a todas aquellas iniciativas que, sin ser propias de una publicación científica, si que contribuyen a generar actividades para un cuerpo profesional ávido de nuevos horizontes. Por un lado permite a la Revista Asturiana de una mayor y más eficiente comunicación con los autores y brinda, a aquellos interesados en publicar, la posibilidad de una orientación para la redacción de textos, conociendo con total transparencia el proceso de publicación. Por otro lado desde Therapeutica se intenta construir un foro de acciones diversificadas donde los terapeutas ocupacionales puedan sentirse escuchados en sus anhelos e inquietudes. El desarrollo de acciones divulgativas y formativas, en estructura de cursos, de sesiones clínicas, cine-forum, o de cualquiera que los profesionales propongan es un valor añadido a este proyecto. No se pretende suplantar el protagonismo que otras Instituciones han de tener en estos aspectos. No es el objetivo. Es cierto que existen más posibilidades, pero en el Consejo de Reacción entendemos que nuestro lugar es poner un granito de arena en el fomento de la investigación, la ética y la calidad dentro de nuestra profesión. El pasado día 8 de Noviembre la Comisión Evaluadora de Portales Médicos acreditó la página como WIS (web de interés sanitario).

Es de todos conocido que una hoguera no arde sin una chispa que la encienda. Este catalizador tiene nombre y apellidos. Me lo reservaré, si el lector me lo permite, hasta que le pueda decir a esta persona, compañera nuestra, lo que con su aportación ha provocado y me consienta hacerlo público. Los profesionales con ganas de superarse no tienen miedo a las críticas, siempre y cuando estas vengan de compañeros prudentes, documentados, basados en los hechos y justos. Vaya por delante mi más profundo agradecimiento a esta compañera. Creo, honestamente, que todavía tenemos mucho que aprender.

Saludamos también a la nueva Junta Directiva de la Asociación Profesional de terapeutas ocupacionales del Principado de Asturias. Deseo personalmente que el respeto, la eficacia y la ética acompañe sus actuaciones.

Presentamos en este número el trabajo ganador de la VII Beca de Investigación Susana Rodríguez que versa sobre la conciencia de enfermedad en esquizofrénicos y el desempeño en AVD y en el cual se presentan una serie de herramientas que pueden ser de utilidad para los terapeutas ocupacionales. Me es grato también mencionar, como colaboración, un proyecto desarrollado en Asturias y que fue galardonado como premio de buenas prácticas "Nuria Lidón" el año 2009 por la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del P.A. La intervención intergeneracional se muestra como otro recurso más dentro del amplio abanico que ofrece la Terapia Ocupacional. Además se plantea una revisión bibliográfica del maltrato en personas mayores, temática que, no por estar de actualidad, deja de tener una importancia mayúscula para todos aquellos terapeutas que, de una forma u otra, tengan contacto con población envejecida dependiente o discapacitada. Esperamos que el resto de contenidos sea del agrado de los lectores.

El director



SUMARIO

Carta del Director	PAG. 2
Relación entre conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y las actividades de la vida diaria. Ganadora de la VII Beca Susana Rodríguez.	
María Rosa Fernández Rodríguez	PAG. 3
La voz de la Terapia Ocupacional ante los maltratos a personas mayores	
Rubén Fernández Faes	PAG. 8
¿A qué jugaban mis abuelos?, premio a las buenas prácticas "Nuria Lidón"	
Paola Llana Suárez	PAG. 14
Convenio de los Centros de Día	
Bárbara Mallada Gutiérrez	PAG. 22
L' Axencia Asturiana pa la Discapacidá	
Pilar Agüera Boves	PAG. 23
Entrevista	
Daniel Sagredo Mínguez	PAG. 25
Revisiones bibliográficas	PAG. 27

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

CONSEJO DE REDACCIÓN

Efrén Álvarez Acebal
 Víctor Manuel Cabal Carvajal
 Rubén Fernández-Faes
 Carmen Gómez Amago
 Bárbara Mallada Gutiérrez
 Ana Quesada Sánchez

FOTO PORTADA: "Hyères. France, 1932".

revistasturto@hotmail.com

Imprime:

Editado por:

IMPRENTA GOYMAR
 Padre Suárez, 2
 33009 OVIEDO

Depósito Legal:
 AS-02720-2005

I.S.S.N:
 1699-7662



El consejo de redacción no se hace responsable de las opiniones personales vertidas en la publicación.

RELACIÓN ENTRE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN LA ESQUIZOFRENIA Y LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

CORRELATIONAL DESCRIPTIVE STUDY BETWEEN THE AWARENESS OF ILLNESS IN SCHIZOPHRENIA AND THE PERFORMANCE OF EVERYDAY-LIFE ACTIVITIES.

María Rosa Fernández Rodríguez. Terapeuta ocupacional.

Unidad de atención temprana, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra.

C/ Lisboa 2, 36940 Cangas de Morrazo – Pontevedra.

Teléfono: 629 28 54 36 · Correo electrónico: mariarosafr@yahoo.es



Fecha de recepción:

25-10-2010

Fecha de revisión:

8-11-2010

Fecha de aceptación:

22-11-2010

Ganadora de la VII Beca Susana Rodríguez.

● RESUMEN

Diferentes estudios sugieren que la falta de conciencia de enfermedad en personas con esquizofrenia, en sus diferentes dimensiones, se relaciona con diferentes comportamientos de estas personas. El objetivo del estudio es averiguar si existe relación entre el nivel de conciencia de enfermedad y el grado de desempeño en las actividades de la vida diaria de las personas con esquizofrenia. El método utilizado es la realización de un estudio descriptivo correlacional entre nivel de conciencia de enfermedad y desempeño de las actividades de la vida diaria, en la unidad de salud mental del Ayuntamiento de La Coruña. Una muestra de esta comunidad se evaluará mediante la Escala de Valoración de la No Conciencia de enfermedad mental y la Escala de Evaluación de destrezas en las actividades de la vida diaria de Milwaukee. Los resultados que se esperan encontrar permiten obtener una herramienta de trabajo e intervención para los terapeutas ocupacionales y demás profesionales del ámbito de la salud mental.

● PALABRAS CLAVES

Esquizofrenia. Actividades cotidianas. Terapia Ocupacional. Toma de conciencia.

INTRODUCCIÓN

El término de insight (conciencia de enfermedad) se utilizó para referirse a cierto estado mental que se entiende a partir de la respuesta (verbal y conductual) de la persona a su enfermedad. Este concepto está muy difundido en la práctica clínica, sobre todo en la psicosis. Se trata de un fenómeno que carece de definición universal, y con frecuencia se mide de forma subjetiva. El insight es considerado un síntoma con importancia nosológica en las enfermedades mentales, sobre todo en la esquizofrenia.

Esta falta de conciencia de padecer un trastorno mental es un fenómeno común entre las personas que sufren esquizofrenia. Se estima que entre el 50% y el 80% de estas personas creen no estar enfermos o sufren algún tipo de déficit de conciencia, ya sea de su enfermedad, de sus propios síntomas o de la necesidad de tratamiento. La falta de concien-

● ABSTRACT

Several studies suggest that lack of insight in people suffering from schizophrenia, in its various dimensions, is related to different behaviors of those people. The aim of the study is to investigate the correlation between the insight and the level of performance in daily living activities for people suffering from schizophrenia. The method used is to complete a descriptive correlational study between the insight and the daily living skill performance in the mental health unit of La Coruña. A sample of this community will be measured by the Scale to Assess Unawareness of mental Disorder and the Milwaukee evaluation of daily living skills. The results that we expect to obtain will allow us to get a working and interventional tool for occupational therapists and other professionals in the domain of mental health.

● KEY WORDS

Schizophrenia, Activities of daily living, Occupational Therapy, Swaerness.

cia de enfermedad respecto a las repercusiones de la enfermedad y a la enfermedad misma, está fuertemente asociada a una mala adherencia y desconfianza en el tratamiento y un peor pronóstico del curso de la enfermedad.

Actualmente, lejos de las primeras definiciones del insight como característica dicotómica que se posee o no se posee, sabemos que este concepto abarca un amplio abanico de manifestaciones más allá de la simple conciencia da enfermedad, y se describe como un fenómeno multidimensional que sucede en un continuum. La visión multidimensional del insight indica que éste puede estar presente en algunas áreas y ausente en otras. Existen personas con esquizofrenia que niegan estar enfermos pero que al mismo tiempo pueden admitir los beneficios que les proporciona la medicación. También puede suceder que reconozcan la presencia de varios síntomas y que nieguen que estos se deban a la enfermedad.

Pero son escasos los estudios que relacionan el insight con el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria. Así revisaremos términos como ocupación y actividad.

La importancia de la ocupación humana como paradigma o concepto fundamental de la profesión parte de dos premisas:

La ocupación es parte de la condición humana, los individuos poseen una naturaleza ocupacional.

La ocupación es necesaria para la sociedad y la cultura y es un elemento crucial de integridad y salud humana.

La ocupación entonces es la actividad principal del ser humano, a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. Se define, valora, organiza y adquiere un significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y de los entornos de la persona.

Dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana, la ausencia o interrupción es una amenaza para la salud.

Para definir y clasificar las actividades de la vida diaria (AVD), tomaremos como referencia la última edición del documento elaborado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Occupational therapy practice framework: domain and process, publicado en la American Journal Of Occupational Therapy (AJOT) (4).

Una vez descritas las diferencias entre ocupación y actividad, se definen y clasifican las áreas de desempeño ocupacional, llamadas en esta edición áreas de ocupación: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación, trabajo, ocio y participación social.

Las (ABVD) son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo, adaptando la definición elaborada por Rogers e Holm (1994), también llamadas actividades básicas de la vida diaria.

Respecto a las AIVD, siguiendo esta misma definición, son las actividades orientadas a interactuar con el entorno, que normalmente son complejas y generalmente opcionales por la naturaleza (pueden ser delegadas en otras personas).

En la evaluación de las AVD, utilizaremos la evaluación de las destrezas de la vida diaria Milwaukee (Milwaukee Evaluation of Daily Living Skills (MEDLS), instrumento para cuantificar el funcionamiento de la persona en las AVD (Leonardelli, 1988).(11)



OBJETIVOS

La finalidad de este estudio es averiguar si existe relación entre el nivel de conciencia de enfermedad y el grado de desempeño en las actividades de la vida diaria de las personas con esquizofrenia.

Si esta relación resulta existente, otro objetivo es crear entonces una herramienta de evaluación y diagnóstico que nos permita conocer en que medida las personas con esquizofrenia tienen dificultades en el desempeño ocupacional con respecto a su nivel de insight.

Desde la Terapia Ocupacional, se pretende conocer los factores relacionados con esta patología y su conciencia, para así diseñar planes estratégicos de intervención.

HIPÓTESIS

El nivel de conciencia de enfermedad en las personas con esquizofrenia tiene una influencia directa en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

El conocimiento de esta relación permite plantear estrategias de intervención más significativas y procesos de empoderamiento desde la terapia

ocupacional. Esta línea de trabajo, orientada a identificar los factores vinculados con la toma de conciencia sobre la propia esquizofrenia por parte de los individuos que la padecen, con el motivo de poder diseñar y elaborar unas herramientas válidas con las que dotar unas pautas estratégicas de intervención, constituirán nuestro punto de partida; tomando como hipótesis el hecho de que: cuanto mayor sea la conciencia de enfermedad sobre su problemática y realidad, mejor será su calidad de vida.

METODOLOGÍA

1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio escogido será la población afectada por esquizofrenia del Ayuntamiento de La Coruña; a la vista de la información y datos de la literatura clásica centrada en este fenómeno, se pueden extraer varias generalizaciones básicas sobre el perfil de las personas con este tipo de trastorno.

De esta forma, si asumimos como válidas premisas de otros estudios ya existentes, como el hecho de que se trata de un trastorno más acusado entre la población masculina y con una edad de aparición situada en la postadolescencia, situaremos nuestro foco de atención en el segmento poblacional municipal situado entre los 15 y los 64 años. Totalidad de la población con esquizofrenia en el Ayuntamiento de La Coruña.

2. PERIODO DE ESTUDIO

Del 1 de Enero al 30 de Junio del año 2010.

3. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo correlacional entre nivel de conciencia de enfermedad y desempeño de las AVD.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Usuarios diagnosticados de esquizofrenia dependientes de la unidad de salud mental del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC), con un período de tiempo mínimo de 2 años desde el diagnóstico de la enfermedad.

Usuarios que aceptan el consentimiento informado para la realización del estudio.

5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Usuarios diagnosticados de otra enfermedad mental. Usuarios que lleven un tiempo inferior a 2 años desde el diagnóstico de la esquizofrenia.

6. MEDICIONES E INTERVENCIONES

Scale of unawareness of mental disorder (SUMD), anexo 1.

Milwaukee evaluation daily living skills (MEDLS), anexo 2.

SUMD

La escala de valoración de la no conciencia del trastorno mental (SUMD) se mostró válida y fiable, siendo ampliamente aceptada y utilizada como medida multidimensional del insight (5). Fue diseñada por Amador y cols para valorar la conciencia de la enfermedad en personas con psicosis (14).

La versión en español de la escala SUMD es conceptualmente equivalente y presenta una fiabilidad y validez externa similar a la original (5), demostrado en un trabajo realizado por A. I. Ruiz et al. (Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)).

La SUMD es una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el usuario. La escala se compone de 3 ítems generales y de 17 ítems destinados a síntomas específicos. En la actualidad, la versión más utilizada es la versión reducida de 9 ítems (3 ítems generales y 6 específicos), y será la utilizada en este caso. De cada uno de estos ítems se evalúan la conciencia y la atribución que el usuario realiza del mismo. Así, se forman dos subescalas: la primera está formada por tres ítems que evalúan la conciencia de sufrir un trastorno mental, los efectos de la medicación y las repercusiones sociales de su enfermedad. Se valora mediante una escala tipo Likert de 6 puntos y que puntúan 0 = "no relevante" y entre 1 = "conciencia" y 5 = "no conciencia" (las puntuaciones intermedias de 2 y 4 no llevan etiqueta). La segunda evalúa dos aspectos: el nivel de conciencia y la atribución de 6 síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad). La evaluación se hace con el mismo tipo de escala Likert que en el apartado anterior. Debe considerarse que para evaluar la atribución de un síntoma sólo deberían considerarse aquellos ítems de los que se tiene conciencia de enfermedad (puntuación de conciencia de enfermedad entre 1 y 3 puntos) (14). Además de considerar distintas dimen-

siones y distinguir entre conciencia y atribución de los síntomas, la SUMD también permite la valoración comparada entre conciencia presente y pasada de cada uno de ellos (5).

Se obtienen tres resultados:

Conciencia global: suma de los puntos de los 3 primeros ítems.

Conciencia: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección conciencia) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.

Atribución: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección atribución) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.

Interpretación

Los puntos teóricos en los que se basa la escala son: la multidimensionalidad del insight, su influencia por factores culturales, su dimensión continua, no dicotómica, que el nivel de insight varía con la enfermedad y que para una correcta evaluación debe considerarse la información que la persona tiene sobre su enfermedad. A mayor puntuación, menor conciencia de enfermedad y de atribución.

MEDLS

En el contexto español hay un escaso número de instrumentos de evaluación desarrollados para evaluar las AVD en personas con enfermedad mental. Alguno de estos instrumentos proceden de otros ámbitos, pero tuvieron una importante aceptación, como el índice Barthel o de Katz (11). Aunque con escasa implantación en nuestro entorno, para valorar las actividades de la vida diaria escogemos la Milwaukee Evaluation of Daily Living Skills (MEDLS), escala que valora las actividades instrumentales de la vida diaria en personas con trastorno mental (6).

La evaluación de las destrezas de la vida diaria de Milwaukee se desarrolla para conseguir una forma de medida del comportamiento de las capacidades de las personas con serios problemas mentales cuando desarrollan actividades, tanto básicas como instrumentales (Leonardelli, 1988). La MEDLS evalúa las capacidades de las personas con enfermedades mentales para realizar una extensa gama de actividades de la vida diaria, pero no determina si la persona lleva a cabo estas actividades en su día a día.

Los terapeutas ocupacionales que participaron en la validación inicial del MEDLS compartían la idea de que



la gente que padece enfermedades mentales no valoran las dificultades de una habilidad, niegan que no pueden llevar a cabo ciertas actividades o sobreestiman esas capacidades.

El objetivo de esta escala se centra en formular un pronóstico y tratamiento directo, por lo que es un método predictivo y de acción directa en relación a las AVD básicas e instrumentales en personas con enfermedad mental grave. El motivo por el cual se desarrolló este método fue conseguir un medidor del resultado del comportamiento de las AVDB en relación a la población elegida. El MEDLS se crea usando métodos y técnicas de forma tradicional de ensayos y test.

El MEDLS revisado comprende un total de 95 ítems dentro de 24 subtests. Los 95 ítems están divididos en 64 ítems en la escala desempeño y 31 ítems en la escala de conocimiento juicio (17).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS




1. Medalia A, Thysen J. Insight Into Neurocognitive Dysfunction in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2008; 34 (6):1221-1230: doi:10.1093/schbul/sbm144
 2. Montaner Casino F. X., Jodar Vicente M. Multidimensional insight and its relation with the prognosis and symptoms in schizophrenia. Revista Electrónica Psiquiatría.com 2008; 12.
 3. Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger J.P, Gely-Nargeot M.C. Lack of insight in schizophrenia: A review Part I: Theoretical concept, clinical aspects and Amador's model. Rev L'Encéphale 2008; vol. 34, no6, pp.597-605 [9 page(s) (article)](59 ref.).
 4. Rolley SS, Delany JB, Barrows JC, Brownrrig S, Honaker D, Sava DI et al. Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. Am J Occup Ther. 2008; Nov-Dec;62(6):625-83.
 5. Ruiz A.L, Pousa E, Duñó R, Crosas J.M, Cuppa S, García-Ribera C. Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). Actas Esp Psiquiatr 2008;36(2):111-119

6. Talavera Valverde, MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [27/05/09]; (5): [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>
 7. Gil D, Bengoechea R, Arrieta M, Lastra I, Álvarez A, Sánchez R et al. Insight, neurocognición y psicopatología en la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2006; SEP;34(5).
 8. Navarro Marún F, Cardeño, C.A, Cano J.F, Gómez J.M, Jiménez K, García J. Insight in Patients with Psychosis. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2006; vol 35 no.1.
 9. Simo Algado S, Urbanowsky R. El modelo canadiense del rendimiento ocupacional. Revista Gallega de Terapia Ocupacional 2006; no.3 ISSN1885-527X. (<http://www.revistatog.com/num3/expertoI.htm>).
 10. Fiss N, Chaves A.C; "Translation, adaptation and reliability study of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder -SUMD". Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2005, vol.27, n.2, pp. 143-145.
 11. Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Masson. 2005; 83-92, 167, 219-225 -14.
 12. Pardo Merino A, Ruiz Díaz MA; "SPSS 11, Guía para el análisis de datos". Mc Graw Hill.2002; 341-357.
 13. Rüsche N, Corrigan PW. "Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia". Psychiatric Rehabilitation Journal 2002; 26(1):23-32.
 14. Cuestionarios y escalas de valoración en salud mental. 2002. FAES FARMA.
 14. Castillo Senra, L. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Manual Moderno. 2001. 19.
 15. Haro JM, Ochoa S, Cabrero L. Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2001; 29(2): 103-8.
 16. García Romero H, Faure Fontenla A, González González A, García Barrios C. Metodología de la investigación en salud. McGraw Hill - Interamericana. 1999.
 17. Hemphill-Pearson B. Assesment in occupational therapy mental health, an integrative approach. Slack. 1999; 245-257.
 18. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry 1993; 150: 873.













1. ESCALA DE VALORACIÓN DE LA NO CONCIENCIA DEL TRASTORNO MENTAL (SUMD)

Identificación Fecha

0 = ítem no relevante 1 = Conciencia 3 = Conciencia intermedia 5 = No hay conciencia
 0 1 2 3 4 5

1.- Conciencia de poseer un desorden 
 2.- Conciencia sobre los efectos de la medicación 
 3.- Conciencia de las consecuencias sociales del desorden mental 

0 = ítem no relevante 0 = ítem no relevante
 1 = Conciencia 1 = Atribución
 3 = Conciencia intermedia 3 = Atribución intermedia
 5 = No hay conciencia 5 = No hay atribución

4A Conciencia de poseer alucinaciones  4B Atribución de las alucinaciones a la enfermedad 
 5A Conciencia de poseer delirios  5B Atribución de los delirios a la enfermedad 
 6A Coincidencia de poseer delirios  6B Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad 
 7A Conciencia de poseer embotamiento afectivo  7B Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad 
 8A Conciencia de poseer anhedonia  8B Atribución de la anhedonia a la enfermedad 
 9A Conciencia de poseer asociabilidad  9B Atribución de la asociabilidad a la enfermedad 

CONCIENCIA GLOBAL: _____

CONCIENCIA DE SÍNTOMAS _____ ATRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS: _____

2. ESCALA DE DESEMPEÑO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MILWAUKEE (MEDLS).

DESTREZAS	ITEMS	N	FI
Cuidado de la ropa	Lavar la ropa		
	Secar la ropa		
	Guardar la ropa		
	Coser botones		
Cuidado del pelo	Usar champú		
	Peinarse		
	Lavar la zona		
Dientes	Echar pasta dentífrica		
	Cepillar los dientes		
	Enjuagarse		
Maquillaje	Usar el maquillaje correctamente		
Afeitado	Preparar la piel		
	Cortarse el pelo		
Baño	Afeitarse de forma segura		
	Colocar la alfombra		
Cuidados médicos	Entrar en el baño		
	Salir del baño		
Seguridad en casa	Usar medicinas		
	Colocar vendajes		
Medicación	Hacer llamadas de emergencia		
	Informar de lo que toma		
Tempo	Informar sobre la asistencia		
	Usar monedas		
Teléfono	Ser capaz de marcar		
	Limpiar las gafas		
Gafas	Guardar las gafas		
	Cortar las uñas de las manos		
Uñas	Cortar las uñas de los pies		
	Masticar la comida		
Comer	Usar utensilios		
	Usar taza		
	Comer la cantidad adecuada		
	Enchufar		
Pasar aspiradora	Desenchufar		
	Aspirar el suelo		
	Mover los objetos		
	Guardar la aspiradora		
Limpiar el polvo	Mover los objetos		
	Limpiar el polvo		
	Deshacerse del polvo		
Basura	Quitar la bolsa de la basura		
	Sacar la bolsa de la basura de casa		
	Poner otra bolsa		
Platos	Coger el escurridor		
	Llenar el fregadero		
	Lavar		
	Aclarar		
Sábanas	Secar		
	Dejar secar escurridor y fregadero		
	Limpiar fregadero y escurridor		
	Quitar las sábanas		
Baño	Colocar sábanas limpias		
	Dejar la ropa sucia en el cubo		
	Echar el producto de limpieza		
	Limpiar el water por dentro		
Baño	Tirar de la cadena		
	Limpiar la bañera		
	Aclarar la bañera		
	Usar limpiador de spray		
Baño	Lavar las manos		

ESCALA DE CONOCIMIENTO Y JUICIO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE MILWAUKEE

DESTREZAS	ITEMS	N	FI
Maquillaje	Aplicar la cantidad adecuada		
	Elegir la ropa de verano		
	Elegir la ropa de invierno		
Selección de la ropa	Síntomas/tratamiento del resfriado		
	Síntomas/tratamiento de la gripe		
Cuidado de la salud	Cruzar la calle		
	Cerrar la puerta con llave		
Seguridad	Ir por la acera		
	Hacer autostop		
En la comunidad	Ser capaz de indicar donde hay urgencia		
	Ser capaz de pedir ayuda en caso de herida		
Seguridad en casa	Peligro en la cocina		
	Peligro en un cable		
Medicación	Peligro con el humo		
	Saber los nombres		
Medicación	Saber para que son		
	Saber los efectos secundarios		
Medicación	Saber la cantidad que debe tomar		
	Saber cuando tiene que renovarlos		
Tiempo	Saber leer el reloj de agujas		
	Saber leer el reloj digital		
Dinero	Ser consciente de los horarios		
	Saber contar el dinero		
Teléfono	Poder cambiar el dinero		
	Poder hacer un presupuesto		
Medios de transporte	Poder encontrar un número de teléfono		
	Saber los números del bus y la ruta		
Gafas	Comprender los horarios de los buses		
	Poder volver de la tienda		
Gafas	Poder ir a comprar		
	Describir la reparación		

NIVEL (N): basado en la revisión de la historia médica, en la información obtenida por otros, en observaciones iniciales y/o en la entrevista.

Se indica:

2. E=Es necesario evaluar esta área

3. I= Independiente

4. NA= No es aplicable

FALTA INFORMACIÓN (FI): Se señala falta información



LA VOZ DE LA TERAPIA OCUPACIONAL ANTE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

THE VOICE OF OCCUPATIONAL THERAPY TO ELDER ABUSE

RUBÉN FERNÁNDEZ-FAES. Terapeuta Ocupacional.



Recibido: 13-07-2010

Revisado: 25-10-2010

Aceptado: 15-11-2010

● RESUMEN

En este artículo se presentan los malos tratos a personas mayores de una forma introductoria al tema. De este modo, se identificarán los distintos tipos de malos tratos y los diversos factores de riesgo; así como los indicadores que pueden levantar una sospecha y se realizará un breve repaso a la normativa vigente respecto al tema. Se pretende también hacer una llamada de atención a los terapeutas ocupacionales, que están perfectamente capacitados para prevenir e intervenir en los casos de malos tratos a personas mayores.

● PALABRAS CLAVES

Maltrato, Vejez, Prevención, Terapia Ocupacional.

● ABSTRACT

In this article we introduce the elder abuse. In this way, we will identify the different types of abuse and the various risk factors, just as the indicators that can arouse suspicion. Before we will do a brief review of the current regulation. We also expect to warning all the occupational therapists, because they are perfectly qualified to prevent and take part in cases of elder abuse.

● KEY WORDS

Abuse, Elder, Prevention, Occupational Therapy.

INTRODUCCIÓN

A mediados de 1970, en Gran Bretaña, se identificaron por primera vez los malos tratos a personas mayores. Se acuñaron con el término "granny battering" (abuelitas golpeadas). A finales de 1970, este término se había cambiado por otro: "elder abuse" (abuso a mayores). En castellano se utiliza el término "malos tratos a personas mayores", ya que en la lengua castellana, el término "abuso" alude a intencionalidad, situación que no ocurre en lengua inglesa con "abuse".

La primera revista científica que se dedicaba al estudio de esta problemática nació en 1989 con el nombre de "Journal of Elder Abuse & Neglect" (1).

Diversos autores coinciden en que en España el problema resulta mucho menos visible que en otros lugares, y esto es debido a cuatro factores (2):

1. La familia española suele ser un "coto cerrado". Para los profesionales de la salud es difícil valorar la familia de una persona, ya que la familia española se caracteriza por ser especialmente celosa de su intimidad y funcionamiento interno.

2. La edad de los mayores denunciados puede restar credibilidad a los hechos violentos que manifiestan (del mismo modo que hace años ocurría con los menores), dándose una situación de estigma asociado a la edad.

3. Las personas mayores tienden a ocultar estos hechos, bien por vergüenza, bien por proteger de

alguna manera a sus hijos o familiares, que ejercen el papel de cuidadores.

4. Aislamiento social; gran nivel de dependencia en la realización de las AVD y ausencia de vida pública. Por ello, el problema de los malos tratos a personas mayores (MTPM) sufre el fenómeno iceberg (2), en el que lo visible es la parte más pequeña.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Los MTPM parecen ser desconocidos incluso para profesionales del ámbito sanitario. Los terapeutas ocupacionales deberían desarrollar habilidades que les permitan identificar y afrontar estos casos. No se trata de ser expertos en el tema, sino de poder reconocer cuáles son los signos más frecuentes que instan a la sospecha de maltrato o qué hacer cuando nos encontramos ante un caso.

De este modo, el objetivo del presente artículo es acercar al personal sanitario – y en especial a los terapeutas ocupacionales – a este tema de una forma general, pero que puede servir para sentar unas bases y tomar conciencia acerca de los malos tratos a personas mayores.

DEFINICIÓN

La definición creada por la American Medical Association (AMA) en 1987 y adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) es, hasta el momento, la más aceptada: "El maltrato a personas mayores se define como la acción, única o

repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista expectativa de confianza”.

1	Existe un comportamiento destructor. Es decir, una actitud o acto hacia una persona que hace mella en su estado físico o ánimo.
2	Se realiza contra una persona mayor, entendiéndose a ésta una persona mayor de 65 años.
3	Existe una relación de confianza; una relación en la que la persona agredida conoce al agresor, y sobre el que pesan unas expectativas de cuidado y cariño por parte de la persona mayor agredida.
4	Causa un daño injustificado. No existe justificación en los malos tratos, ya que no se trata de contención mecánica prescrita médicamente o defensa personal, donde puede ocurrir una lesión involuntaria.

NOTA: ESTOS CUATRO ELEMENTOS SE CONSIDERAN ESENCIALES EN LA DEFINICIÓN.

TIPOLOGÍA

Existe una tendencia común a pensar en maltrato físico como principal forma de malos tratos. A continuación se expondrá la tipología de los MTPM de forma que se pueda reconocer y categorizar. Los tipos expuestos son la recopilación de diversos estudios (1) (3) (5), ya que, dependiendo del autor del estudio (y en lo que se base), se incluyen unos tipos u otros:

PRIMER TIPO DE CLASIFICACIÓN. Según el lugar hay dos tipos principales:

1. Maltrato doméstico: ocurre en el ámbito del hogar familiar, y el agresor* suele ser un familiar.

2. Maltrato institucional: no se refieren sólo a hechos concretos en determinadas instituciones (como residencias de ancianos, centros de día u hospitales), sino también a decisiones institucionales como la negación de ayudas a ancianos que las necesitan, por falta de presupuesto. En las instituciones, el maltrato consiste en emplear medios físicos de coerción, privar a los pacientes de su dignidad y de la posibilidad de decidir en asuntos cotidianos o dispensarles una atención deficiente (por ejemplo, permitir la aparición de UPP) (6). Dentro del maltrato institucional, se pueden establecer dos categorías:

o Categoría I:

- Acogida deficiente, como: ausencia de personal, falta de acompañamiento, suciedad, etc.
- Animación abusiva o infantilización. Esto es el resultado de pensar que “las personas mayores son como niños”. Al tratarlos acorde a dicha forma de pensar, no

se hace sino atacar a su dignidad. Las personas mayores poseen tras de sí un bagaje vital que se ha de tener en cuenta cuando se interviene con ellos.

- Rigidez en los horarios o adaptados a las necesidades del personal. Los horarios de un centro deben adaptarse a sus usuarios y no a la inversa.
- Cambios injustificados de habitación. En centros residenciales, la habitación del usuario se convierte en su hogar desde el momento del ingreso. Toda modificación que afecte a su habitación ha de ser consensuada con él y planteada con el mayor respeto posible. En los centros de día para personas mayores dependientes, el hecho de “cosificar” a los pacientes, trasladándolos de un sitio a otro sin informarles o quitarles el abrigo y el sombrero sin previo aviso puede ser considerado como una incursión en malos tratos.
- Amenazas de expulsión.
- Incumplimiento de la normativa vigente.
- Previsión dietética inadecuada. En el caso de alergias o enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, han de tenerse presentes las normas dietéticas cuando se confeccione el menú de estas personas.

o Categoría II:

- Falta de respeto a la intimidad del anciano.
- Falta de ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), o no proporcionar el estímulo adecuado para que puedan realizarlas de forma independiente.
- Violencia verbal como amenazas, insultos, etc.
- Robo de bienes materiales.
- Violencia física, como golpes, arañazos, etc.



* Agresor” es el término más aceptado para designar al autor de los malos tratos, aunque tiene una connotación más de acción que de omisión. Para casos de abandono, lo más correcto es hablar de “responsable de los malos tratos”

SEGUNDO TIPO DE CLASIFICACIÓN. Según el tipo de maltrato, se encuentran:

MALTRATO FÍSICO	Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia no accidental.
MALTRATO PSICOLÓGICO	Causar intencionalmente angustia, pena, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales
ABUSO SEXUAL	Comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento.
ABUSO ECONÓMICO	Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona mayor.
NEGLIGENCIA Y ABANDONO	Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado. La diferencia entre ambos términos radica en el ámbito. Si es en el ámbito institucional, hablamos de negligencia, así como en el familiar hablamos de abandono
OBSTINACIÓN DIAGNÓSTICA	Realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo
OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA	Utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal
VIOLENCIA MEDICAMENTOSA	Administración de una medicación inadecuada, en un sentido u otro, a través de la ingesta de neurolépticos y demás medicamentos con el fin de conseguir que la persona mayor esté siempre tranquila
ABUSO MEDICAMENTOSO	Retrasos reiterados en la administración de la medicación que requiere la salud de la persona mayor o si el cuidador no sigue las recomendaciones prescritas por el facultativo
VIOLACIÓN DE DERECHOS	Violación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establece derechos básicos en la esfera civil, política, social, económica y cultural

SITUACIONES DE RIESGO

Las situaciones de riesgo (3) son características que, estadísticamente, las víctimas de MTPM comparten; de este modo se considera que el poseerlos hace a

la persona más vulnerable de padecer malos tratos. Las situaciones de riesgo se asocian a cuatro factores principales: a la víctima, al responsable de los malos tratos, al entorno o estructurales y a las instituciones.

<p>ASOCIADAS A LA VÍCTIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro funcional para llevar a cabo las AVD • Dependencia psíquica. Alteración de las funciones cognitivas. • Dependencia emocional asociada a trastornos del estado de ánimo. • El aislamiento social • Círculo de violencia familiar, sobre todo entre cónyuges • Mujer mayor de 75 años. Estadísticamente se encuentra este perfil como el más desfavorecido entre los casos de malos tratos. 	<p>ASOCIADAS AL RESPONSABLE DE LOS MALOS TRATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidador desde hace mucho tiempo o con agotamiento. Aislamiento social del cuidador. En ocasiones, el cuidador pierde sus aficiones y contacto con amigos. Esto hace que su vida se centre exclusivamente en la persona dependiente a su cargo, siendo esto una poderosa fuente de estrés. • Problemas económicos o dependencia económica de la víctima. • Cuidador con estrés o crisis vital reciente. • Abuso de drogas • Diferentes tipos de trastorno mental, sobre todo aquellos que dificulten la capacidad de cuidar a otras personas. • Cuidador único, inmaduro o aislado
<p>ASOCIADAS AL ENTORNO O ESTRUCTURALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobreza o falta de recursos • Discriminación de los mayores por la edad • Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga • Relaciones intergeneracionales deficientes • Incumplimiento de leyes y normas 	<p>ASOCIADAS A LAS INSTITUCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal poco preparado o formado. • Bajos salarios. • Sobrecarga en el trabajo. Escasez de personal. • Estructura física de la institución no adaptada a las necesidades de los mayores • Escasez de recursos materiales • Normas de funcionamiento inadecuadas • Tendencia a la obstinación diagnóstica y/o terapéutica • Falta de controles e inspección

Conviene aclarar la terminología expuesta. Maltrato o abuso aluden a un signo positivo, es decir, "hacer algo"; mientras que negligencia o abandono son el referente de un signo negativo o "negar algo necesario o indispensable"

Para recordar con facilidad los factores de riesgo más llamativos, existe una regla nemotécnica: **SAVED**. Stress del cuidador; Alcoholismo/drogas en el ambiente doméstico; Violencia en relaciones pasadas entre agresor y la víctima del maltrato; Emociones del cuidador que le hacen sentirse solo y sin apoyos; Dependencia de la persona mayor (4).

ESTUDIOS

El primer abordaje en España de los MTPM se realizó durante la I Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado, celebrada en Almería (6) en 1995, donde se hizo una aproximación al problema. En esta conferencia se concluyó que se desconocía la prevalencia, y se observó que no es privativo de clase social desfavorecida.

Se han hecho estudios parciales en comunidades autónomas como Barcelona, País Vasco, Andalucía y Canarias, pero el primer estudio nacional sobre la incidencia de los MTPM en la familia en España lo publicó el Centro Reina Sofía en 2008 (8). El estudio se llevó a cabo mediante dos encuestas, una a personas mayores y otra a cuidadores, que eran los dos objetos de

estudio. La muestra escogida se fijó en 2401 encuestas a personas mayores de 65 años y 789 encuestas a personas mayores de edad que se dedicaban al cuidado de ancianos que presentaban alguna dependencia en mayor o menor medida.

Con los resultados obtenidos, se aproximó un perfil:

1. De víctima:
 - o Mujer de más de 75 años
 - o Con algún problema físico o enfermedad crónica.
 - o Necesita ayuda para la realización de las AVD.
2. De agresor:
 - o Hombre o mujer de más de 64 años .
 - o Casado o que convive con la pareja.
 - o Sufre estrés.
 - o Sin antecedentes penales.
3. De cuidador que incurre en el maltrato:
 - o Mujer de más de 44 años.
 - o Hija de la víctima.
 - o Se siente sobrepasada por la situación de cuidado.
 - o Probablemente padece algún trastorno psicopatológico.

PREVENCIÓN DE LOS MTPM:

Se consideran cuatro niveles de prevención (3):

NIVELES DE PREVENCIÓN

PRIMORDIAL	Evitar la aparición y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a aumentar el riesgo de malos tratos, como son el aislamiento social y los estereotipos asociados a la tercera edad. En este área se situarían las intervenciones formativas y de sensibilización.
PRIMARIA	Evitar la aparición de casos nuevos (incidencia) de malos tratos mediante el control de las causas y de los factores de riesgo. Las intervenciones en este área se dirigen a fomentar la autonomía en la realización de las AVD.
SECUNDARIA	Reducir la prevalencia de malos tratos mediante la detección precoz de los casos ocultos y la intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia.
TERCIARIA	Reducir el progreso o las consecuencias de una situación de malos tratos ya establecida, minimizando las secuelas y sufrimientos causados.

Los terapeutas ocupacionales estarían incluidos en todos los niveles de prevención, aunque es esencial su trabajo en la prevención primordial y primaria. El motivo radica en la educación para la salud o el entrenamiento de las AVD, que son la base de la mejora o preserva de la autonomía funcional.

A continuación, se exponen cinco medidas que son imprescindibles para prevenir los malos tratos a personas mayores:

1. Desarrollo de información accesible.
2. Eliminación de estereotipos negativos.
3. Desarrollo de actividades intergeneracionales.
4. Educación desde la escuela.
5. Sensibilizar a la sociedad desde los medios de comunicación.

Hacer frente al problema de las actitudes y prácticas discriminatorias en los sistemas de salud es un paso

importante para prevenir el maltrato de ancianos (9).

INDICADORES QUE SUGIEREN MTPM

En un primer momento, no se podría confirmar un caso de MTPM, lo que sí se puede es sospechar, para una posterior investigación. Para ello, existen ciertos elementos que deben hacer sospechar de MTPM (3). Algunos ejemplos en el ámbito familiar son:

- No asistencia a varias citas médicas
- El anciano parece temeroso de algún miembro de la familia o parece reacio a contestar cuando se le pregunta.
- Arañazos o fracturas, esguinces y luxaciones recurrentes.
- Malnutrición o deshidratación no explicable por patología orgánica.
- Caídas de repetición.

- UPP descuidadas.
- Infantilización.
- Anciano solo durante largos periodos de tiempo.
- No proporcionar información al anciano.
- Anciano coaccionado para firmar contratos o asignar poderes notariales, compra de bienes o cambio de testamento.

En el ámbito institucional, los MTPM no intencionados son los más difíciles de detectar, ya que con frecuencia suelen identificarse como actitudes normales. Algunos ejemplos son:

- Trato infantil
- Falta de intimidad
- Restricciones físicas
- Falta de información
- Aislamiento
- Abuso de la posición de superioridad

LEGISLACIÓN

Cabe señalar que no todo lo denominado en este artículo como malos tratos tiene relevancia jurídica. Por otra parte, es importante conocer que la sospecha no es un motivo de denuncia, sino que es necesaria la posesión de pruebas y/o testigos.

En el caso de estar ante una sospecha de malos tratos, se pueden dar varios supuestos (3):

- Si la persona mayor es capaz, se debe hablar con ella y recordarle sus derechos, así como la necesidad de defenderlos. Se le puede ayudar en los trámites de la denuncia, pero no se puede denunciar sin su consentimiento, siendo una persona con capacidad de decisión. Lógicamente, si el caso es muy grave, el profesional ha de ponerlo en conocimiento del director de su centro, y en caso de que se tenga identificado al supuesto agresor, se ha de avisar a la Policía.

- Si la persona mayor no es capaz de decidir, se debe instar a la denuncia a través de su tutor o guardador de hecho (siempre que éste no sea el agresor) para ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. Son conocidos los casos en los que la persona mayor es incapacitada legalmente; en estos casos es obligatorio denunciar.

A raíz de la denuncia, se pueden producir varias medidas como la orden de alejamiento, y en algunos casos, al residir la víctima en el domicilio del agresor, puede surgir la necesidad de ingresar a la persona en un centro residencial. El dilema ético reside en la capacidad del sistema jurídico de realizar un internamiento involuntario (Art 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Las principales normativas que protegen a las personas mayores y regulan su situación son: en España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia; y en Asturias la Ley 7/1991, de 5 de abril. BOPA Nº 89 (19-04-1991), de asistencia y protección al anciano, modificada por Ley 2/1998, de 26 de noviembre, y por Ley 18/1999, de 31 de diciembre.

Como se puede observar, no existe aún ninguna ley que regulen los malos tratos a personas mayores a nivel nacional o autonómico de forma específica.



EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

En Asturias, actualmente, un buen porcentaje de terapeutas ocupacionales trabaja con el colectivo de la tercera edad (hospitales, centros de día para personas mayores dependientes, atención domiciliaria, fundaciones y asociaciones, etc.), por lo que cabe pensar que son profesionales que están en contacto con posibles situaciones de malos tratos.

Algunas de las características de la intervención de los terapeutas ocupacionales asociadas a la identificación de los malos tratos a personas mayores son:

- Los terapeutas ocupacionales suelen estar en contacto directo con el paciente.
- Son profesionales capaces de identificar los factores de riesgo tras una familiarización con los conceptos propios del tema.
- El terapeuta ocupacional planifica y/o ejecuta programas de atención a domicilio, lo que posibilita valorar su entorno, establecer cercanía con la familia y una valoración de relaciones familiares disfuncionales. Algunos ejemplos de objetivos propios de Terapia Ocupacional que podrían prevenir las situaciones de malos tratos en personas mayores son:
- Identificar situaciones de riesgo asociadas a la víctima. Por ejemplo, el nivel de dependencia para realizar las AVD.
- Identificar las necesidades en su hogar que puedan capacitar a la persona para ser más independiente.
- Identificar y valorar la prevención de caídas. Es importante conocer el riesgo de caída de una persona para valorar posibles conductas negligentes. Si en una institución un paciente tiene prescrito un producto de apoyo (ProA) para la deambulación, ha de utilizarlo cada vez que deambule. Si esa persona sufre una caída por no llevar el ProA adecuado, puede ser considerado una incursión en malos tratos. El terapeuta

INCAPACIDAD LEGAL

Tras una serie de pruebas, un juez dicta sentencia. Se pueden producir dos supuestos:

1. Declarar una incapacidad total. En aquellos casos en los que, tras las pruebas practicadas se aprecie que el demandado no es capaz ni de cuidar de su persona ni de administrar sus bienes.
2. Declarar una incapacidad parcial. En aquellos casos en los que se aprecie que el demandado sí puede realizar ciertos actos sin la asistencia de otra persona, pero para otros necesita esa asistencia. Esta Sentencia debe especificar qué actos puede el incapaz realizar por sí mismo y para que actos necesita la asistencia de otra persona.

TUTELA

La persona que es nombrada tutor tiene la obligación de administrar sus bienes y representarle en todos sus actos.

Aunque los tutores actúan en nombre y representación del sometido al régimen de tutela, para realizar ciertos actos necesitan la autorización del juez, como por ejemplo para solicitar el internamiento del tutelado en una institución.

CURATELA

La curatela es un cargo de asistencia, complementando la capacidad no plena de una persona. Por tanto, el curador no suplente ni representa, ni cuida a la persona con discapacidad, sino que sólo complementa su capacidad en aquellos actos que no puede realizar por sí mismo.

**GUARDADOR DE HECHO**

Quien careciendo de potestad legal sobre un menor o una persona incapacitada o susceptible de serlo, ejerciera respecto de ellos alguna de las funciones propias de las instituciones tutelares o se hubiera encargado de su custodia y protección o de la administración de su patrimonio y gestión de sus intereses.

NOTA: ACLARACIÓN DE ALGUNOS TÉRMINOS EXPRESADOS EN ESTE APARTADO

ocupacional es el profesional encargado de asesorar a la familia y al usuario sobre la correcta utilización de un ProA.

- Mejorar las habilidades del cuidador mediante programas formativos. Como ejemplo están los grupos psicoeducativos a familias realizados en algunos Centros de Día en Asturias, programados generalmente por el Departamento de Psicología pero con intervención de la Terapia Ocupacional en los temas propios de la disciplina. También se pueden mejorar las habilidades del cuidador mediante formación de las áreas en que el cuidador se sienta más inseguro, como por ejemplo, movilizaciones, transferencias o facilitación de la realización de las AVD.

Además, a los terapeutas ocupacionales se les suponen una serie de conocimientos y aptitudes en asertividad, habilidades sociales y "manejo terapéutico del yo" que pueden ser decisivas para la detección de un caso de MTPM. Es esencial que los terapeutas ocupacionales se formen en dichas habilidades para saber manejar mejor un caso de MTPM.

CONCLUSIONES

La sociedad actual parece estar bastante informada y concienciada acerca del maltrato infantil y de género, pero con frecuencia se olvida de las personas mayores. Los MTPM forman parte de la realidad social de nuestro tiempo, y, aunque estén poco investigados y no exista abundante bibliografía respecto al tema, son un tema de gran importancia, ya que atacan directamente a la dignidad de personas, que, en muchos casos, son incapaces de defenderse o denunciar.

Los MTPM no son fácilmente detectables, por lo que el personal sanitario ha de estar alerta ante los signos que presenten las personas mayores que están inclui-

das en su centro de trabajo. Una de las herramientas indispensables de las que carecen el sistema de atención sanitaria y socio-sanitaria, centros geriátricos y gerontológicos es de un protocolo común de detección y de actuación ante casos de MTPM. Este protocolo debería aplicarse en los hospitales, centros de día y centros residenciales, aunque no debe olvidarse el servicio de ayuda a domicilio (SAD). Aún así, con la elaboración de protocolos, escalas y estadísticas, no se puede evitar un problema de actitud. De este modo, todos los profesionales que trabajan con personas mayores deberían hacer introspección y reaccionar ante situaciones evidentes de MTPM aunque lo más cómodo sea mirar para otro lado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) IBORRA MARMOLEJO, I (2005). Violencia contra personas mayores. Ariel. Barcelona.
- (2) GRACIA FUSTER, E. (2002) Las víctimas invisibles de la violencia familiar. Paidós. Barcelona.
- (3) V.V.A.A. (2006) Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, IMSERSO. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores nº 31001.
- (4) V.V.A.A. (2005) Geriátrica desde el principio. Glosa. Barcelona.
- (5) MUÑOZ TORTOSA, J. (2004) Personas mayores y malos tratos. Pirámide. Madrid.
- (6) O.M.S. (2002) Informe mundial sobre violencia y salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- (7) KESSEL, H., MARÍN, M., MATURANA, N., CASTAÑEDA, L., PAGEO, M., Y LARRIÓN, J.L. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 31 (6), 367-372.
- (8) IBORRA MARMOLEJO, I. (2008) Maltrato de personas mayores en la familia en España. Centro Reina Sofía. Valencia.
- (9) MARIN N, DELGADO J.L. (1991). Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. Revista Española de Geriátrica y Gerontología 26 (1), 40-46.
- (10) V.V.A.A. (2006) Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 133-140.

¿A QUÉ JUGABAN MIS ABUELOS?: GALARDÓN A LAS BUENAS PRÁCTICAS

WHAT DID MY GRANDPARENTS PLAY?: GOOD PRACTICES AWARD

Paola Llaneza Suárez. Terapeuta Ocupacional. Centro de Día de Moreda de Aller.



Recibido: 25-03-2010

Revisado: 21-04-2010

Aceptado: 12-10-2010

● RESUMEN

El 30 de Noviembre de 2009, la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, otorgó el premio a las buenas practicas al Centro de Día de Moreda por el proyecto intergeneracional "¿A qué jugaban mis abuelos?". En el proyecto participan 21 personas mayores dependientes usuarias del Centro de Día y los niños de Primer Ciclo de Educación Primaria del Colegio Público de Moreda de Aller. Entre finales de 2008 y principios de 2009 se realizaron sesiones quincenales con los Usuarios del Centro de Día para la recuperación de sus juegos tradicionales. Una vez recopilados, se programan ensayos sobre la ejecución y sesión-recuerdo de canciones asociadas. Además, elaboran los regalos típicos que se entregan a los niños al finalizar la última sesión.

● PALABRAS CLAVES

Geriatría, Buenas Prácticas, Terapia Ocupacional, Proyecto intergeneracional, Terapia de reminiscencias.

● ABSTRACT

On November 30, 2009, the Ministry of Social Welfare and Housing of the Principality of Asturias, gave the award to the best practices to Moreda Day Center for Intergenerational Project "What did my grandparents play?" The project involves 21 elderly dependents of the Day Centre users and children of First Cycle of Primary Education Public School Moreda de Aller. Between late 2008 and early 2009 sessions were held fortnightly with the User of the Day Centre for the recovery of traditional games. Once collected, trials are scheduled session on the implementation and memory-associated songs. In addition, elaborate traditional gifts that are given to children at the end of last session.

● KEY WORDS

Geriatrics, Best Practices, Occupational Therapy, Intergenerational project, Therapy of reminiscences.

INTRODUCCIÓN:

El pasado 30 de Noviembre de 2009, la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, otorgó el premio a las buenas prácticas "Nuria Lidón" al Centro de Día de Moreda de Aller por el proyecto intergeneracional "¿A qué jugaban mis abuelos?" llevado a cabo durante parte del año 2008 y todo el 2009.

El Centro de Día de Moreda se haya ubicado dentro del Centro Social de Personas Mayores de Moreda, equipamiento social que data de 1988 y constituye un referente importante en la vida social, cultural y recreativa del Concejo de Aller. Se trata de un edificio de tres plantas, en la primera de las cuales, y tras realizar las correspondientes obras de acondicionamiento, se ha instalado el Centro de Día para personas mayores dependientes. Con una capacidad para 22 usuarios (tres de ellos con asistencia parcial) abrió sus puertas en mayo de 2002 y desde 2010 se ha aumentado el número de plazas a 28 tras finalizar las obras de ampliación.

El inicio de este proyecto se sitúa en la necesidad de facilitar la evocación de recuerdos de los usuarios del Centro de Día y, junto a estos, facilitar reminiscencias

agradables de una etapa, la niñez, complicada por la realidad histórica que les tocó vivir. Todos recuerdan con añoranza, momentos de su vida en los que disfrutaban de "jugar en la calle o en el pueblo", de inventar juegos y juguetes con las pocas cosas que tenían a su disposición.

POBLACIÓN DESTINATARIA:

En el proyecto participan 21 personas mayores dependientes usuarias del Centro de Día de Moreda (dependiente de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda) con una edad superior a 65 años y 26 niños/as de Primer Ciclo de Educación Primaria del Colegio Público de Moreda de Aller, con una edad comprendida entre 7 - 8 años.

¿QUÉ SON LAS BUENAS PRÁCTICAS?:

Las buenas prácticas son un conjunto de acciones que introducen mejoras en las relaciones, los procesos y actividades, orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida (satisfacción y el bienestar personal y emocional) de las personas en situación de dependencia y/o con discapacidad.

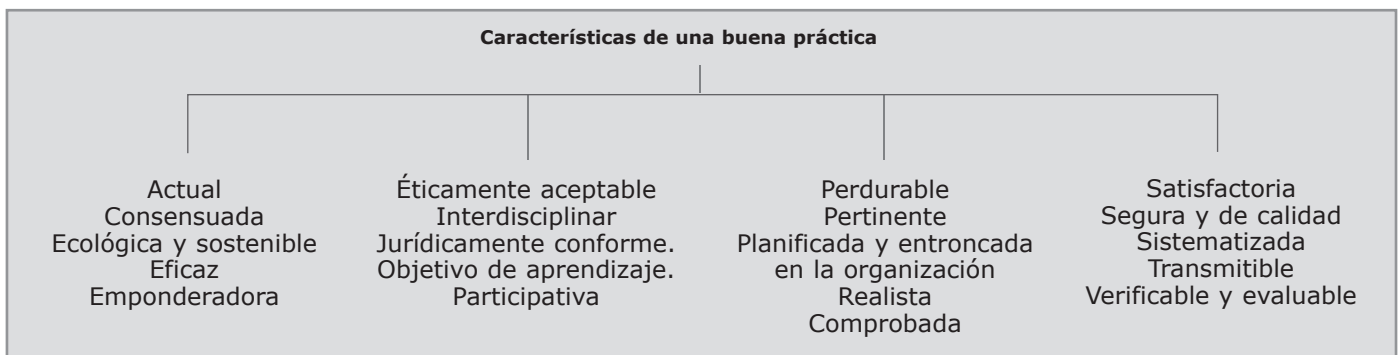
Las buenas prácticas se pueden dar en dos ámbitos:
1. En el ámbito organizativo. Atendiendo el reconoci-

miento y el ejercicio de los derechos de las personas usuarias, su capacidad para optimizar sus oportunidades de participación (innovación participativa).

- La calidad de los procesos, relaciones, apoyos y cuidados proporcionados.
- Su capacidad de potenciación de las dimensiones básicas de capacidad (autonomía moral e independencia funcional), de las personas usuarias y su emponderamiento.
- La continuidad y coherencia desde una perspectiva de temporalidad (continuo asistencial, continuidad de proceso)
- El carácter integral e integrador al abarcar e incorporar cada una de las áreas, tiempos y espacios gracias al trabajo en equipo interdisciplinar.

2. El ámbito relacional. Contemplando las relaciones interacciones entre:

- Persona usuaria (o su familia) y el profesional. A partir de los derechos y deberes de la persona (que definirá aspectos relacionales como la forma de dirigirnos a ellos, la confidencialidad, la intimidad o el respeto en el trato). Se trata de lograr una perspectiva más humana de la interacción profesionales/personas usuarias.
- Personas usuarias pues se busca que los centros sean lugares de vida donde existan espacios para las comunicaciones, las relaciones y las emociones. Entornos diversos para poder estar solo/a en pareja, pequeños y/o grandes grupos.
- Persona usuaria y sus familiares y allegados, quienes tendrán facilidades para el mantenimiento de sus relaciones previas.
- Persona usuaria y su comunidad, ofreciendo oportunidades de participar en su comunidad y de que sean aceptadas e integradas como miembro de la misma.



Por todo esto, podemos decir que el proyecto intergeneracional “¿A qué jugaban mis abuelos?” fue galardonado con el premio a las buenas prácticas debido a que cumple con todos los requisitos indispensables ya que gracias a ello la calidad de vida de los usuarios ha mejorado de forma evidente, mejorando para ello su estado de ánimo, las relaciones interpersonales, reduciéndose la apatía que les caracterizaba.

La relación ha sido muy satisfactoria por ambas partes, sobretodo en un ambiente tan controlado y tan lúdico.

¿QUÉ SON LOS PROGRAMAS INTERGENERACIONALES?

En abril de 1999, en la reunión gestora del actual Consorcio Internacional para los Programas Intergeneracionales (ICIP), se acordó la siguiente definición de lo que es un programa intergeneracional:

“Son vehículos para el intercambio determinado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las mas jóvenes con el fin de conseguir beneficios individuales y sociales”.

Para precisar mejor esta manera de entender los programas intergeneracionales se concluyó que las siguientes características eran esenciales en estos programas (Tabla II):

Si bien esta caracterización de los programas interge-

neracionales puede ser discutida, no cabe duda de que en algo si se puede estar de acuerdo: para hablar de programa intergeneracional no basta simplemente con decir que personas de distintas generaciones participan en una actividad.

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO ¿A QUÉ JUGABAN MIS ABUELOS?:

El proyecto empieza a realizarse en noviembre de 2008 durante las terapias de reminiscencias, llevadas a cabo por la psicóloga del Centro de Día para evitar que estos juegos caigan en el olvido, así como a la preocupación general social sobre la inactividad de los niños de hoy en día.

Para poder desarrollar el proyecto, se decide hacer una recopilación de los juegos con la intención de que cada uno de los usuarios diese su versión del juego dependiendo de la zona en la que se llevó a cabo su infancia.

Actualmente, el juego se caracteriza principalmente por juegos individuales y basados en la tecnología (Wii, Xbox, PlayStation,...), generalmente en el propio domicilio, pues con la incorporación de la mujer al mercado laboral, se reduce el tiempo libre que ambos padres pueden dedicar a “jugar” con sus hijos, de participar en actividades al aire libre. Debido a esto, en muchos casos los abuelos son los encargados de educar a sus nietos. Codificándose así, la relación abuelo-nieto, pasando el abuelo de tener una función lúdica,

Demostrar beneficios mutuos para los participantes.

Establecer nuevos roles sociales y/o nuevas perspectivas para los niños, jóvenes y mayores implicados.

Involucrar a múltiples generaciones, incluyendo por lo menos dos generaciones no adyacentes y sin lazos familiares.

Promover mayor conocimiento y comprensión entre las generaciones más jóvenes y las mayores, así como el crecimiento de la autoestima para ambas generaciones.

Ocuparse de los problemas sociales y de las políticas más apropiadas para las generaciones implicadas.

Incluir los elementos necesarios para una buena planificación del programa

Propiciar el desarrollo de relaciones intergeneracionales.

transmisora de valores, conocimientos...; a una función educadora.

Esta nueva realidad social, conlleva la realización de un mayor número de actividades extraescolares, que no suelen incluir en su propuesta actividades lúdicas que favorezcan la interacción entre los niños, la práctica del juego como un vehículo de aprendizaje y el respeto por las reglas impuestas en los juegos (aprendiendo de una forma espontánea que pertenece a una sociedad que se rige por reglas y normas).



A. Objetivos del proyecto:

1.- OBJETIVOS GENERALES:

- Rescatar los juegos tradicionales y cánticos típicos de la infancia de los usuarios del Centro de Día.
- Trasladar estos juegos a niños/as de Primer Ciclo de Educación Primaria.
- Compartir, a través de los juegos y cánticos, una experiencia intergeneracional.
- Favorecer la existencia de un momento y espacio de ocio.
- Recuperar el juego social como vehículo de aprendizaje.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1 Mutuos:

- Participar en la ejecución de juegos.

- Crear una visión positiva de la vejez.
- Propiciar la oportunidad de nuevas experiencias.
- Desarrollar la motivación en ambos colectivos.
- Crear oportunidades de aprendizaje a todas las edades.
- Conseguir un intercambio de valores y conocimientos.

2.2 Para con los Usuarios del Centro de Día.

- Favorecer el acercamiento a la infancia
- Favorecer las reminiscencias de su infancia
- Trabajar los procesos mentales básicos (memoria, atención, razonamiento, percepción)
- Fomentar el trabajo en equipo, fortaleciendo el sentimiento de pertenencia al grupo
- Favorecer el recuerdo de las reglas de comportamiento social.
- Incrementar la autoestima y el sentimiento de utilidad a través de la transmisión de conocimientos.

2.3 Para con los Niños/as.

- Conocer los juegos existentes en la época de sus abuelos.
- Modificar la visión estereotipada que se pudiera tener sobre la vejez.
- Potenciar la colaboración en juegos sociales que implican la cooperación.
- Facilitar la ejecución de actividad física.
- Romper con las rutinas.
- Potenciar la creatividad, la imaginación mediante la asimilación de nuevos juegos.
- Potenciar la comunicación entre iguales.
- Favorecer la comunicación con las personas mayores
- Potenciar el juego en la "calle".

B. Estrategias Metodológicas:

1.- Previa:

A través del diálogo con los usuarios del Centro de Día facilitamos el recuerdo de todos aquellos juegos a los que jugaban en su niñez (reminiscencias).

2.- Durante la sesión:

El método a utilizar será mediante la participación activa, tanto de niños como mayores, a través de actividades lúdicas que fomenten al máximo la relación de niños/as, personas mayores, profesores/as,...

Se debe tener en cuenta que:

- Las actividades deben estar planificadas con antelación, sin olvidar la flexibilidad.
- Las actividades deben de ser factibles para que todos puedan realizarlas.
- Las características de los participantes: edad, grado

de discapacidad, movilidad, el grado de motivación,...

- Sean actividades motivadoras para que no resulten aburridas y así favorecer el acercamiento y la motivación
- El grupo será un agente motivador importante.
- Se favorecerá que los niños sobre todo descubran lo gratificante del proceso de aprender.

Los usuarios son, en todo momento, quienes les explican las reglas del juego a los niños, y quienes les corrigen en caso de que lo realicen mal. Además los niños, les preguntan a los mayores dudas a cerca de si lo están realizando bien, y les cuentan distintas versiones de un mismo juego. De esta forma, fomenta la interacción entre los niños y los mayores de forma que aprendan los unos de los otros.

Si los participantes tienen un papel activo el clima de aprendizaje es también más agradable y las relaciones son más cooperativas. Mediante la participación, la comprensión de los juegos a desarrollar será mejor.

C. Criterios de inclusión/exclusión:

- Usuarios del centro de día para llevar a cabo los juegos en el Colegio Público de Moreda de una forma lúdica y segura para los usuarios, se seleccionó a aquellos usuarios con las mejores capacidades cognitivas y físicas. Aún así entre los 10 usuarios figuraban 2 personas con demencia moderada pero con las capacidades físicas preservadas. El contacto con niños les proporcionaba un estado afectivo caracterizado por la felicidad, además su lenguaje es coherente y con altas habilidades sociales por lo que los niños no eran conscientes de su deterioro cognitivo.

Niños del Colegio Público de Moreda de Aller se seleccionó el 2º curso de educación primaria porque es la etapa en la que los niños son más inocentes y no ven la diferencia, inculcándoles desde pequeños que las personas mayores pueden jugar, mejorando la idea que tienen los niños de las personas mayores.

D. Plan de trabajo y actividades:

1.- ACTUACIONES EN LA FASE DE PREPARACIÓN:

A lo largo de los meses comprendidos entre Noviembre de 2008 y Abril de 2009 se realizaron sesiones quincenales de 1 hora de duración con los Usuarios del Centro de Día para la recuperación de los juegos que realizaban.

Las dos primeras sesiones consistieron en una recuperación individual de aquellos juegos que a cada uno más le gustaban. Debido al grado de dependencia cognitiva que muchos de los usuarios padecen, se hace preciso categorizar los juegos para así favorecer el recuerdo.

A partir de la tercera sesión, una vez recopilados los juegos, se comenzaron a realizar sesiones conjuntas en las que, de una forma directiva en el principio de la sesión, se van presentado los diferentes juegos anteriormente recogidos. Para hacer la presentación de cada uno de los juegos se siguió la siguiente secuencia:

- Presentación del juego (nombre del juego) y persona que lo indicó.
- Preguntas directas sobre el mismo para guiar el recuerdo (materiales, cómo se jugaba, dónde, si tenía canción asociada,..).
- Confirmación de haber comprendido el juego.
- Momento de recuerdo libre, en el que se recogen otros juegos que pudieran haber surgido durante la sesión.
- Cierre de sesión.

Todas las sesiones posteriores se iniciaron con un recuerdo del juego recuperado en la sesión anterior, para así, facilitar el acceso a los recuerdos.

Una vez recopilados los juegos, y seleccionados éstos por la capacidad de participación de los usuarios del Centro de Día en su desarrollo, se programan ensayos sobre la ejecución y sesión-recuerdo de canciones asociadas con los 8 usuarios que participarán en la intervención. A su vez, durante el mes de Mayo (en las sesiones de Ergoterapia), los 21 usuarios elaboran los regalos que se darán a los niños participantes del proyecto. Estos regalos consisten en dos juegos típicos y representativos de la infancia de los Usuarios del Centro de Día, como son:

- "los Gómeros", como juego de chicos
- "las Muñecas de Trapo", como juguete de chicas.

Antes de realizar la intervención propiamente dicha, el personal del centro de día responsable del proyecto realiza una reunión con las profesoras – tutoras de los niños que participan en la intervención.

Esta sesión tiene como finalidad:

- Visitar el lugar donde se realizarán los juegos y valorar su accesibilidad.
- Exponer en que consiste la intervención.
- Explicar como se desarrollará la intervención y los juegos.
- Entregar las canciones asociadas a los juegos y la canción "cierre de sesión": "Río Verde".
- Organizar la fiesta de despedida y la entrega de regalos.
- Entregar los cuestionarios de evaluación y la forma de registro de la información.

Organización Temporal:

1ª sesión • 27-05-09

El Aeroplano	Duración: 15 minutos Nº niños: 6 - 7 Materiales: Tiza, piedra
El pañuelo	Duración: 15 minutos Nº niños: 6 - 7 Materiales: Pañuelo
La rueda, rueda	Duración: 15 minutos Nº niños: 6 - 7 Materiales: No se precisan
La Comba	Duración: 15 minutos Nº niños: 6 - 7 Materiales: Comba, pañuelo

2ª sesión • 03-06-09

La Pita Ciega	Duración: 15 minutos Nº niños: 8 - 9 Materiales: Pañuelo
La Torre (a lo de las manos)	Duración: 15 minutos Nº niños: 8 - 9 Materiales: No se precisan
Pase Misí	Duración: 15 minutos Nº niños: 8 - 9 Materiales: Tiza
FIESTA	Organización: - Corro Intergeneracional - Intercambio de regalos

2.- Actuaciones en la fase de intervención:

2.1. Selección de Usuarios del Centro de Día:

De los 21 usuarios que participaron en la recopilación de los juegos se selecciona a 8 usuarios (1 hombre y 7 mujeres) que, por sus capacidades cognitivas como físicas puedan participar en el desarrollo de los juegos. A estos ocho usuarios les informa la Psicóloga del Centro de Día sobre la intervención que se va a desarrollar y sobre cual será su función a lo largo de las sesiones, para contar con su participación en el desarrollo de todo el proyecto.

2.2. Organización del Material:

Se preparará, con antelación, el material necesario y la distribución del espacio para el desarrollo de los juegos:

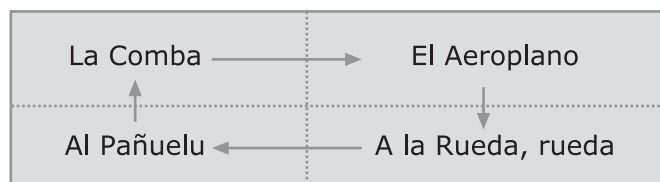
- Dibujar el "aeroplano" con tiza en el suelo;
- Llevar material como: tiza, pañuelos, piedras, la comba, letras de canciones;
- Cartulinas identificativas con los nombres de los juegos para servir de indicación de la zona del juego;
- Nombre del proyecto en letras individuales para identificar la sala de realización de la intervención.

Desarrollo de la Intervención:

Se realizarán 2 sesiones, de una hora de duración cada una de las sesiones, en el Salón de Actos del Colegio Público de Moreda, durante el mes de mayo y junio de 2009.

En la Primera Sesión, los 26 niños/as participantes se dividirán en cuatro grupos claramente diferenciados a través de un código de colores:
o GRUPO AMARILLO: formado por 6 niños/as que comenzará en el "Aeroplano".
o GRUPO ROJO: formado por 7 niños/as que comenzarán en "A la Rueda, Rueda".
o GRUPO VERDE: formado por 6 niños/as que comenzarán en "Al Pañuelo".
o GRUPO AZUL: formado por 7 niños/as que comenzarán en "La Comba".

Los 4 grupos formados por niños/as rotarán en sentido de las agujas del reloj siendo entonces, los niños/as los que giren y los Usuarios del Centro de Día se mantengan de forma permanente en el juego al que inicialmente fueron asignados.
La distribución de los juegos en relación al espacio físico será la siguiente:



Los usuarios del Centro de Día serán los encargados de dar una breve explicación sobre cómo debe ser la ejecución de juego, siendo uno de los niños en cada juego el que lo inicie, con ayuda verbal si fuera necesario.

En la Segunda Sesión, los 26 niños/as participantes se dividirán en tres grupos claramente diferenciados a través de un código de colores:

- o GRUPO AMARILLO: formado por 9 niños/as que comenzará en la "Pita Ciega".
- o GRUPO ROJO: formado por 8 niños/as que comenzarán en "La Torre".
- o GRUPO VERDE: formado por 9 niños/as que comenzarán en "Pase Misí".

Los 3 grupos formados por niños/as rotarán en senti-

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Compiladores: Eloína Valero Merlos- María San Juan Jiménez
Editorial: Monsa, año 2010
ISBN:978-84-96823-92-1
Formato: 21x29-Tapa dura
Páginas: 576
Idioma: Castellano

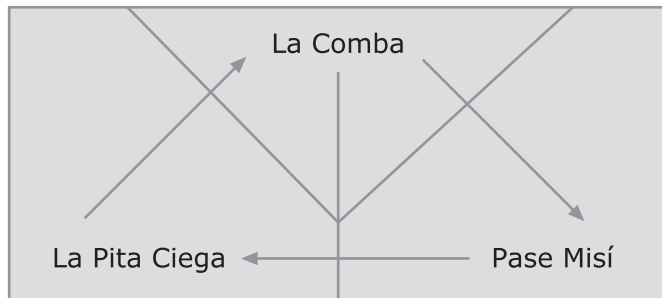


Compendio de 30 casos prácticos que abarcan desde la lesión medular hasta la equinoterapia, pasando por la integración sensorial, férulas, trastornos alimenta-

rios. Elaborados cada uno por profesionales especializados en cada campo, es esta multitud de enfoques lo que da valor a la obra, pues ofrece un amplio espectro de posibilidades a los terapeutas ocupacionales. Particularmente útil a los estudiantes y recién titulados, brinda la posibilidad de encontrar alternativas de desempeño profesional. Destaca en las secuencias detalladas en imágenes de las técnicas empleadas y la diversidad temática en la elección de casos clínicos. Responde al objetivo de dar una visión de las diferentes posibilidades de intervención de la Terapia Ocupacional en las sucesivas etapas de la vida y ante diversas alteraciones en el funcionamiento humano.

do de las agujas del reloj siendo entonces, los niños/as los que giren y los Usuarios del Centro de Día se mantengan de forma permanente en el juego al que inicialmente fueron asignados.

La distribución de los juegos en relación al espacio físico será la siguiente:



Los usuarios del Centro de Día serán los encargados de dar una breve explicación sobre como debe ser la ejecución de juego, siendo uno de los niños en cada juego el que lo inicie, con ayuda verbal si fuera necesario. Como transición entre la realización de los juegos y la entrega de regalos, se hará un "corro" intergeneracional en la que participarán todos (profesores, coordinadores, niño/as, mayores) cantando la canción "Río Verde".

El cierre de ésta segunda y última sesión consistirá en la entrega de Regalos:

o Por parte de los Usuarios.

- Los usuarios que estaban asignados a "La Pita Ciega" entregarán el "gomeru" o "la muñeca de trapo" a los niños/as que forman el grupo Amarillo.

- Los usuarios que estaban asignados a "La Torre" entregarán el "gomeru" o "la muñeca de trapo" a los niños/as que forman el grupo Rojo.

- Los usuarios que estaban asignados a "Pase Misí" entregarán el "gomeru" o "la muñeca de trapo" a los niños/as que forman el grupo Verde.

o Por parte de los Niños/as:

- Una flor de papel a cada usuario del Centro de Día.

- Dibujos relacionados con la intervención.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Se les entregó a cada una de las profesoras-tutoras un cuestionario de satisfacción (anexos), del que se pueden obtener los siguientes resultados:

- El 100% ha contestado que le ha parecido una intervención muy satisfactoria y muy positiva que debería continuar en el tiempo y con otros cursos. Además destacan también la gran implicación de los niños en los juegos.

- La puntuación ha sido de un 10 y como observación han añadido que a raíz de la primera intervención los niños repetían los juegos en el recreo.

También se les proporcionó una hoja de registro para cada juego en el que podemos ver:

- Los puntos débiles en el desarrollo correcto de los juegos son el equilibrio y la coordinación.

- Los puntos fuertes son la atención y el respeto de reglas, aunque con pequeñas trampas.

CONCLUSIONES:

A los usuarios del Centro de Día esta experiencia les resultó muy gratificante por el contacto directo con los niños, así como por ser ellos los que les enseñaban y les corregían.

A los niños del Colegio Público: les gustó conocer juegos nuevos y cambiaron la idea preconcebida de los mayores. Como dato a señalar, una de las niñas que participaron en este proyecto se hizo amiga de una usuaria y los fines de semana iba a su casa a jugar a todos estos juegos tradicionales.

A nivel del personal: puedo decir que fue una experiencia muy bonita, en la que disfrutaron los niños, los mayores y el personal de Centro de Día que participó en las sesiones. Estaría bien que esto se realizase en más colegios porque es algo increíble ver como niños y mayores trabajan en equipo e interaccionan.

Continuidad: Cabe destacar que este proyecto se seguirá realizando por parte del Centro de Día de



Moreda durante más cursos escolares, con niños del primer y segundo curso de primaria siguiendo la misma metodología y la misma línea de trabajo. Este año tenemos previsto acudir al Colegio en Septiembre para empezar las sesiones.

AGRADECIMIENTOS:

Me gustaría agradecer a M. Lucrecia Villamarzo y Esmeralda Miguez por facilitarme el acceso al proyecto original y por responder a mis preguntas, así como al personal del Centro de Día, sus usuarios, los profesores del Colegio Público de Moreda y los niños por esta experiencia maravillosa.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diseños de investigación experimental en psicología, Nekane Balluerka, Ana Isabel Vergara, Prentice Hall, 2002.
El juego educativo: iniciación a la actividad intelectual y motriz, Ovide Decroly, E. Monchamp, Morata, 1983.
Psicometría, Constantino Arce Fernandez, Jose Muñiz, Universitas, 1996.
Programas de educación intergeneracional: acciones estratégicas, Jesus García Mínguez, DYKINSON, 2005.

ANEXOS

El Aeroplano

Tipo de Juego: Motriz.

Capacidades que se trabajan:

- Coordinación óculo-manual.
- Puntería.
- Equilibrio dinámico.
- Conocimiento del orden creciente de los números.
- Conocimiento de la grafía de los números.
- Atención.
- Respeto del turno.

Materiales:

- Piedra.
- Tiza.

Al Pañuelo

Tipo de Juego: Motriz

Capacidades que se trabajan:

- Coordinación óculo-manual.
- Memorización de números.
- Velocidad.
- Atención.
- Equilibrio dinámico.
- Respeto del turno.

Materiales:

- Pañuelo.

- Tiza.

A la rueda, rueda

Tipo de Juego: Motriz.

Capacidades que se trabaja:

- Aprendizaje y recuerdo de canciones.
- Equilibrio dinámico.
- Coordinación.
- Recuerdo del movimiento/gesto asociado a una estrofa.
- Capacidad de elección.

Materiales: no se precisan.

La comba

Tipo de Juego: Motriz.

Capacidades que se trabajan:

- Coordinación.
- Equilibrio dinámico.
- Aprendizaje y recuerdo de canciones.
- Atención.
- Respeto del turno.
- Recuerdo de movimiento asociado a letra de canciones.

Materiales

- Comba

A la Pita Ciega

Tipo de Juego: Motriz, sensorial.

Capacidades que se trabajan:

- Orientación Espacial.
- Equilibrio dinámico.
- Aprendizaje y recuerdo del diálogo.
- Atención.
- Discriminación táctil.
- Memoria táctil.

Materiales

- Pañuelo.

La Torre

Tipo de Juego: Motriz

Capacidades que se trabajan:

- Coordinación de movimientos
- Equilibrio estático
- Respeto del turno
- Atención
- Control de la impulsividad

Pase Misí

Tipo de Juego: Motriz

Capacidades que se trabajan:

- Coordinación de movimientos
- Equilibrio estático
- Equilibrio dinámico
- La marcha
- Atención
- Memoria
- La fuerza

OBJETIVOS	INTERVENCIÓN		
	GRUPO AMARILLO	GRUPO ROJO	GRUPO VERDE
Orientación Espacial	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Reconocimiento Táctil	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Equilibrio	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Atención	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Memorización del diálogo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Respeto del turno	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Respeto de las reglas del juego	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Participación de los niños/as	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Participación de los mayores	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Motivación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Asimilación del juego	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Comunicación intergeneracional	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ANECDOTARIO:
HOJA DE REGISTRO
Instrucciones: Puntuar de 1 a 5 el grado de consecución de los objetivos señalados, entendiendo 1 como la NO-consecución y el 5 como la máxima consecución.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

- 1.- ¿Le pareció adecuado el contenido de la Intervención?
 Sí
 No
 Observaciones: _____
- 2.- ¿Considera que debería añadirse alguna sesión más de Intervención?
 Sí
 No
 Observaciones: _____
- 3.- ¿Cree que ha sido satisfactorio el grado de participación en los juegos?
 Sí
 No
 Observaciones: _____
- 4.- ¿Ha notado una mayor cooperación, colaboración entre los niños participantes en la Intervención?
 Sí
 No
 Observaciones: _____
- 5.- ¿Cree que puede realizarse esta misma intervención con otros cursos?
 Sí
 No
 ¿Cuáles? _____
- 6.- ¿Cree que ha sido satisfactorio para los niños compartir un tiempo con las personas mayores?
 Sí
 No
 Observaciones: _____

- 7.- ¿Cómo fue la relación establecida de los niños/as con los/las compañeros/as "mayores"?
 Buena
 Regular
 Mala
 Observaciones: _____
- 8.- ¿Cree que el participar en juegos colectivos ha supuesto una mejora en las relaciones de compañerismo?
 Sí
 No
 Observaciones: _____
- 9.- ¿Cómo fue la relación establecida con las profesionales que han participado en la Intervención?
 Buena
 Regular
 Mala
 Observaciones: _____
- 10.- ¿Cree que sería positivo realizar la misma Intervención en otros colegios?
 Sí
 No
 Observaciones: _____
- 11.- ¿Qué mejoraría de la Intervención?

- 12.- ¿Qué puntuación le daría a la Intervención?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



CONVENIO CENTROS DE DÍA

Bárbara Mallada Gutiérrez.

La Federación de Actividades Diversas de CC.OO., la Federación de Servicios de UGT, Asociación empresarial de ayuda a domicilio y afines del Principado de Asturias (AEPA), la Asociación Asturiana de Empresas de ayuda a domicilio, Servicios Sociales y la Unión de Cooperativas de Servicios Sociales (UCOSERSO) y diferentes representantes del Comité de huelga y de las Asociaciones empresariales, firmaron el 19 de Noviembre de 2009, en el Servicio Asturiano de Solución Extrajudicial de Conflictos (Sasec), el convenio colectivo del sector de servicios de ayuda a domicilio y afines del Principado de Asturias. El ámbito temporal del anterior convenio finalizó en Diciembre de 2008 y tras un largo período de negociaciones, se llegaba de este modo a una solución.

Valorando que dicho convenio ampara la disciplina de Terapia Ocupacional, en el ámbito privado, a continuación se detallan aquellos puntos, resultantes de las negociaciones que implican beneficio para los Terapeutas Ocupacionales.

El presente convenio tiene una vigencia de tres años, extendiéndose hasta el 31 de diciembre de 2011 y contempla un incremento salarial del 2% para el año 2009, IPC del año anterior más 0,75 % para el 2010 e IPC del año anterior más 1% para el 2011, con garantía en cualquier caso de los incrementos pactados en caso de resultar negativo el IPC.

También existe el compromiso de abonar un Plus de Transporte para las categorías de ayudantes de coordinación y Terapeutas Ocupacionales. El importe es de 40 euros para el año 2009, 60 para el 2010 y en el 2011 se equipara al importe que perciben las demás categorías. Es proporcional a la jornada y de carácter retroactivo, por lo que el trabajador tiene derecho a percibir el importe correspondiente al año 2009, obviamente a razón de los meses que haya trabajado en dicho año. Además absorberá aquellas cantidades, que los trabajadores a título individual estén recibiendo por el mismo concepto.

Se recogen también mejoras sociales en relación con permisos, vacaciones y excedencias de las que resultan beneficiarios los Terapeutas Ocupacionales. Si existiese la necesidad de acudir al médico, por parte del trabajador, éste conserva el derecho a la remuneración del tiempo invertido, hasta un máximo de 10 horas anuales. Cabe matizar que el número de horas será proporcional a la jornada laboral del trabajador. De igual modo, será necesario para percibir la remuneración, presentar un justificante médico.

Por otro lado, en los casos de alumbramiento de esposa, enfermedad grave certificada por los Servicios Médicos de la Sanidad Pública, hospitalización con pernocta en el centro o fallecimiento de cónyuge, hijo, padre, madre, nietos, abuelos, hermanos o cuñados propios o del cónyuge, el trabajador tiene derecho a dos días que pueden ampliarse a cuatro si requiere

efectuar un desplazamiento de más de 150 km. Así mismo en el caso de fallecimiento de tíos o sobrinos carnales, existe la posibilidad de obtener un día de permiso.

En referencia a las vacaciones se matiza lo siguiente: si el trabajador se encuentra en situación de incapacidad temporal derivada de embarazo, parto o lactancia natural, o bien con el período de suspensión de contrato (bajas médicas). Tendrá el derecho de disfrutar del período vacacional, tras su reincorporación al puesto de trabajo.

Cabe reseñar que los períodos mínimos de excedencia actuales de seis meses, se reducen a tres, de acuerdo a lo establecido en el Estatuto de los Trabajadores.

Existirá además una comisión entre sindicatos y empresarios que hará un seguimiento de los concursos públicos. El nuevo convenio afectará a unos 2.000 trabajadores.



L´AXENCIA ASTURIANA PA LA DISCAPACIDAD

Pilar Agüera Boves. Terapeuta Ocupacional de L´Axencia pa la Discapacidá.
Consejería de Bienestar Social y Vivienda



L´Axencia Asturiana pa la Discapacidá, se creó en el 2007 (Decreto 95/2008 de 17 de Septiembre de estructura básica de la Consejería de Bienestar Social) como órgano encargado de elaborar el Plan Autonómico de Accesibilidad y de Atención Integral a las personas con discapacidad de Asturias, aprobada en Junta de Gobierno en el año 2007. Entendiendo este Plan como aquel que comprendiera todos los campos de intervención de una persona con discapacidad en la vida cotidiana, esto es; empleo, formación, ocio...y su accesibilidad física propiamente dicha.

Desde L´Axencia se ha trabajado duramente porque se entendiera lo que la palabra "accesibilidad" engloba, y como ésta existe en todos los contextos de una persona; la accesibilidad a la hora de requerir un servicio de la Administración, la accesibilidad del disfrute del deporte, la accesibilidad en la hostelería...por lo que no sólo desde L´Axencia se han elaborado trípticos informativos dirigidos a distintas áreas, sino que también se han realizado jornadas informativas a los Ayuntamientos, a Colegios...tratando de concienciar a la población asturiana de lo que ésta gran palabra engloba.

Desde L´Axencia se hace ver que la accesibilidad no es solo un rebaje de bordillos para que una persona en silla de ruedas pueda cruzar la calle, sino que la accesibilidad es igualmente un subtítulo en una película en el cine, para que una persona sorda pueda leerla, o textos en Braille en un Museo para que una persona invidente pueda disfrutarla.

Desde L´Axencia se han realizado exposiciones de fotografías, que reflejaban estos aspectos, igualmente se han integrado en todos los actos públicos que se han realizado, enseñando con el ejemplo de cómo se habría que realizar.

También se han enviado informes a los Ayuntamientos y organismos públicos y privados recordando la normativa de accesibilidad y discapacidad, así con estudios complementarios de la situación actual en Asturias de distintos aspectos; reserva de taxis para personas con movilidad reducida, obligatoriedad de inclusión de subtítulo o interprete de lengua de signos en la programación televisiva, reserva de puestos de trabajo en empresas para personas con discapacidad...

A su vez, se ha dado un cambio radical a las convocatorias de la Consejería en éste aspecto. Las convocatorias de subvenciones de eliminación de barreras destinadas a Corporaciones locales y a Entidades sin ánimo de lucro, han evolucionado tanto en la terminología utilizada, ya que antes sólo se contemplaba la arquitectónica, eludiendo a las barreras sensoriales y

urbanísticas, como en los baremos a tener en cuenta a la hora de valorar, los cuales actualmente son más concretos, y se puntúa mejor aquellas actuaciones que afectan a más gente y contemplan más criterios de accesibilidad universal.

A su vez en estas subvenciones L´Axencia es más restrictiva en cuanto al cumplimiento de la normativa de accesibilidad y ha incluido en uno de sus requisitos exclusivo el cumplimiento de la misma, con ello lo que se asegura es que todas las obras que se realicen de



eliminación de barreras se realicen bajo la normativa, y con ello se aseguran que las pendientes de las rampas sean adecuadas, los pasos de peatones seguros y con rebajes bien realizados...

Así mismo en la convocatoria de ayudas individuales para personas mayores y con discapacidad, de productos de apoyo y eliminación de barreras, se han introducido la nueva terminología de la ISO-9999, la cual realiza la nueva clasificación de los productos de apoyo. Se ha incluido un anexo en el cual se reflejan todos los productos de apoyo que se pueden solicitar.

La ventaja de haber incluido esta terminología, es la importancia que se les da a otros productos de apoyo, como pueden ser del ocio, que hasta ahora al no encontrarse mencionados podrían pasar inadvertidos como incluidos en una convocatoria, ya que las convocatorias suelen ser farragosas y complicadas al entender.

Igualmente se ha incluido un ítem de valoración de dependencia, ya que la ley de autonomía personal y apoyo a las personas en situación de dependencia hace constar que se procurara a aquellas personas en

situación de dependencia el producto de apoyo que necesiten, por lo que una persona que tenga la valoración de dependencia tendrá unos puntos extra, frente a otra que no posea dicha valoración.

Además se ha realizado un estudio de los precios de mercado de los productos de apoyo para la asignación de las ayudas, y en esta convocatoria se asigna un dinero específico por producto, por ejemplo cojín antiescaras 100 euros, y este es el tope que la Consejería asignara por la compra de un cojín, esto lo que facilita que es si una persona prefiere un cojín más caro deberá de aportar la diferencia, pero siempre se cubrirán las necesidades básicas de un cojín que se pueden encontrar desde 80 euros. Por lo que se ha procurado que de esta forma se economice y el número de ayudas concedidas sean más elevadas.

Igualmente todos aquellos productos de apoyo que el SESPA no contempla en su catálogo ortoprotésico, o deniega a una persona, pueden ser solicitadas en la convocatoria de ayudas individuales.

L'Axencia está en contacto directo con el SESPA y han colaborado en las aportaciones y actualizaciones del futuro catálogo ortoprotésico de Asturias, ya que el vigente data del año 1999 y está desfasado económicamente y en productos subvencionados.

Al igual que L'Axencia es la encargada de elaborar las bases de las convocatorias, también es la encargada de valorarlas, es decir se valora si un producto de apoyo corresponde o no a una persona mayor.

En relación con la convocatoria de programas para asociaciones de personas con discapacidad, actualmente es un terapeuta ocupacional el que se encarga de valorar las necesidades de realizar un programa en una asociación o no y de realizar una actividad o no.

Se han cambiado igualmente las bases de la convocatoria, y mejorado su valoración, con la finalidad de valorar el programa que se pretende subvencionar relacionándolo con los usuarios y el lugar donde se desarrolle, así se valora igualmente la ubicación de la Asociación, procurando dar prioridad a aquellas zonas rurales donde los recursos son más escasos.

Desde L'Axencia se asesora a todas las personas que así lo demanden; ente público, privado, individual... acerca de la accesibilidad, recursos y servicios a los que puede acceder o necesitar. No se debe dejar de destacar la labor que llevan haciendo años las Asociaciones de personas con discapacidad en este campo. Ellos llevan trabajando años en la misma línea, y por eso L'Axencia se apoya en ellos para muchos de sus trabajos:

- Estudios: Nivel de accesibilidad de playas, productos de apoyo más usados en el mercado.
- Proyectos de leyes: Decreto de comunicación, decreto de transporte...

Son ellos sin duda los que mejor conocen la situación de las personas con discapacidad en Asturias, por lo

que no podemos dejar de incluirlos en el trabajo diario de L'Axencia.

Desde la creación de L'Axencia, el CAAT (Centro asesor de productos de apoyo), se ha dado a conocer con un nuevo impulso, realizando nuevas actividades con el centro y la comunidad y ofertado sus servicios a todos los centros posibles, informando de la existencia de unos productos de apoyo que pueden facilitar así como dotar de independencia a las personas que así lo necesiten. Asimismo desde el CAAT se ofrecen visitas a domicilio asesorando en cuanto a la eliminación de barreras en los hogares, algo tan imprescindible para muchas personas.

La importancia de que L'Axencia haya contado con la figura de terapeutas ocupacionales para su plantilla es un primer paso para abrir otros campos que el terapeuta actualmente tiene en Asturias.

Un terapeuta tiene en cuenta la accesibilidad, la eliminación de barreras, ya que esto procura la autonomía e independencia de la persona. Somos un equipo en el



que al arquitecto tiene en cuenta la estructura del edificio, el albañil elabora la rampa, pero los Terapeutas tienen el conocimiento de cómo la persona lo utilizará de manera más independiente.

Los terapeutas saben que si un espejo se cuelga demasiado alto, una persona en silla de ruedas no le dará uso, y eso el señor de mantenimiento que lo va a colgar no se le pasa por la cabeza.

Que estas pequeñas cosas se tengan en cuenta en una Administración es del todo gratificante.

Creo que con la creación de estos campos, se abren nuevos horizontes laborales donde poder aportar el prisma de la Terapia Ocupacional, y estoy segura que si hemos entrado, no muy bien vistos, todo hay que decirlo, debemos aprovechar y aportar todo lo que desde nuestra disciplina nos permita expresar.

ENTREVISTA

Daniel Sagredo Mínguez. Ingeniero Técnico en informática de sistemas. Máster en ingeniería web. Desarrollador web.

Las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) se han ido convirtiendo durante los últimos años en una herramienta fundamental para la interacción de las personas con la comunidad que las rodea. El uso del teléfono móvil, navegar por internet, los videojuegos... Instrumentos que hace 30 años daban sus primeros pasos se han convertido hoy en elementos fundamentales para el trabajo, la comunicación y el ocio. Y es que, según el último informe Intel sobre el Estilo de Vida Digital, en España el 88% de la población usa o ha usado la búsqueda de información por Internet, el 35% ha comprado desde su hogar a través de la red, el 34% ha jugado a videojuegos, el 54% ha buscado trabajo y el 39% se ha comunicado mediante chats. No cabe duda que el uso de las TIC se ha convertido en una AVD.

Sin embargo, y a pesar de las innegables bondades que nos brindan las TIC, podríamos decir que se han convertido en un nuevo caballo de batalla para las personas con diversidad funcional, que rara vez son consideradas a la hora de diseñar nuevo hardware o software.

Existe un frente abierto, llamado accesibilidad web, que lucha por que las personas con discapacidad puedan acceder a Internet de forma independiente. Consultamos a un ingeniero web para que nos aclare este y otros conceptos y nos acerque un campo en el que, sin lugar a duda, los Terapeutas Ocupacionales tenemos mucho que aportar.

P. ¿Qué podemos entender por accesibilidad web?

R. Lo más correcto sería citar la definición del W3C: La accesibilidad web pretende garantizar "un acceso universal a la Web, independientemente del tipo de hardware, software, infraestructura de red, idioma, cultura, localización geográfica y capacidades de los usuarios"

P. ¿Qué es el W3C que has citado anteriormente?

R. Es un Consorcio, surgido a mediados de los 90 con el objetivo de fomentar la evolución e interoperabilidad de la Web dando énfasis a la universalidad de la misma.

P. ¿Cuáles son las diferencias entre accesibilidad y usabilidad?

R. La usabilidad y la accesibilidad están muy relacionadas. Una definición de usabilidad podría ser la acuñada por Jacob Nielsen "atributo de calidad que mide lo fáciles de usar que son las interfaces web" De esta forma, una página web puede cumplir las normas de accesibilidad y sin embargo también puede ser poco usable si no ofrece la información de la forma sencilla para sus usuarios.

P. ¿Cuándo se puede decir que una web es accesible?

R. Podríamos decir, que una web es accesible, cuando permite acceder y utilizar los servicios que ofrece a todos los usuarios. Debe tener en cuenta tanto sus dificultades, por ejemplo discapacidad visual, motriz, auditiva... o la forma en que tratan de acceder a la información, desde un ordenador, una pda, un modem... Para ello, se debe comprobar la estructura html (para entendernos, es el esquema o el esquele-



to) de la web, el estilo utilizado, y las recomendaciones de accesibilidad.

P. ¿Qué tipo de páginas son las que cumplen los criterios de accesibilidad?

R. La Web Accessibility Initiative (WAI, un grupo de trabajo del W3C), define una serie de normas y recomendaciones para ayudar a los diseñadores a resolver los problemas de accesibilidad. Una vez que se ha adaptado, se puede declarar el nivel de conformidad con los criterios, por ejemplo A, AA o AAA, en función del grado de cumplimiento de los mismos.

Existen también una serie de directivas dentro de las legislaciones que regulan la accesibilidad. En España, la ley obliga a los sitios Web de las administraciones públicas europeas, nacionales, autonómicas, regionales, locales, (Ayuntamientos, Mancomunidades, Provincias, Comunidades Autónomas, Ministerios, etc.) y a las entidades que estén total o parcialmente subvencionadas (ONG, consorcios de transporte, universidades, organizaciones ciudadanas, políticas, sociales, etc.), a cumplir un nivel mínimo de accesibilidad "AA" en una fecha determinada, que en el caso de España fue a final de 2005.

Mención especial a la primera norma existente en todo el mundo haciendo referencia a la creación accesible de páginas Web, fue la norma española UNE139802:1998. Se dividió en dos: UNE 139802:2003. Requisitos de accesibilidad al ordenador y software y UNE 139803:2004. Requisitos de Accesibilidad para Contenidos en la Web. Normas elaboradas por Asociación Española de Normalización y

Certificación (AENOR). Se puede descargar gratuitamente (web de INTECO).

http://www.inteco.es/Accesibilidad/Normativa_1/Descarga. Es plenamente compatible con las Directrices de Accesibilidad para el Contenido Web 1.0 del WAI.

P. ¿Que % de las webs cumplen los estándares de accesibilidad?

R. No conozco estadísticas generales, pero hay que tener en cuenta que cualquier persona tiene los medios para crear y colgar su web, y puede no estar familiarizado con la accesibilidad. Por el lado de las empresas, según un estudio realizado para la Once de los 15 portales más importantes de búsqueda de empleo, el sitio Web con un porcentaje mayor de accesibilidad, ha llegado a un 26,92% de cumplimiento de criterios técnicos relacionados con la accesibilidad Web. Según Adesis Netlife sólo una de cada empresas del IBEX 35 cumple con los criterios de accesibilidad para discapacitados en su página web.

P. ¿Cuánto coste supone hacer una web accesible respecto a una que no lo es?

R. Está claro que el cumplimiento de normas de accesibilidad repercute en precio del diseño y desarrollo de una web. El que una web sea accesible implica un mayor cuidado y tiempo de desarrollo. Se deben de proveer métodos alternativos de hacer llegar la información (por ejemplo, si tienes un video, añadir texto que lo ofrezca la misma información). Además, se debe verificar el cumplimiento de las normas objetivo, y por tanto, encontrados los fallos, se debe revisar el diseño. También depende mucho del tipo de web. Una web simple, con poca información e imágenes, por ejemplo, no sería muy difícil de adaptar. Según aumenta la complejidad de la misma, los esfuerzos para hacerla accesible se incrementan en consecuencia.

P. ¿Qué es una declaración de accesibilidad?

R. Es la forma en la que el diseñador de una web asegura que dicha web va a cumplir una serie de normas de accesibilidad. Como ya he mencionado antes, es usual dedicar una sección de la web a explicar los puntos de accesibilidad que cumple, los atajos de teclado, etc.

P. ¿Cómo puede un Terapeuta Ocupacional saber si una web es accesible?

R. Las webs que cumplen con las normas y recomendaciones de la WAI suelen tener un apartado en donde declaran el grado de conformidad con las mismas. Existen métricas para medir el grado de accesibilidad, y es posible realizar tests automáticos, que valoran la capacidad de accesibilidad de una página web. Un ejemplo es <http://www.tawdis.net>, que a pesar de ser un poco técnico, nos permite introducir una URL (la dirección de la página) y ver los posibles errores que contiene. A más errores, menos accesible es la web.

P. ¿Una web accesible, puede ser también visualmente atractiva?

R. Sí, por supuesto, el cumplimiento de las normas de estructurado, estilo y accesibilidad no está reñido con el diseño. El uso de hojas de estilo separa el contenido

del diseño visual de la página. Actualmente el uso de CSS permite realizar páginas con un aspecto muy bonito, basta visitar la página <http://www.csszengarden.com> donde pueden observarse diseños accesibles realizados por la comunidad. Además, mediante el uso de CSS, se puede establecer diferentes diseños para diferentes tipos de dispositivo clientes, esto es un navegador de ordenador, un dispositivo móvil (entonces tendrá que adecuarse a una pantalla menor), o para realizar impresiones (fondo en blanco y color de texto negro).

P. ¿Cuál consideras que es el mayor problema que se encuentran las personas con discapacidad al navegar por internet?

R. Creo que son muchos, y que dependen directamente de la discapacidad. La mayoría de páginas web no son diseñadas para ofrecer sus servicios a estos colectivos. Por ejemplo, si una página ofrece información como imágenes o animaciones, una persona con deficiencia visual no podrá comprenderlo a no ser que se ofrezca de una forma alternativa. Si la página no se encuentra adecuadamente estructurada, será muy difícil navegar por ella a una persona que no utilice el ratón y lo haga, por ejemplo, con un teclado. Un ejemplo a destacar puede ser Youtube. Desde hace un tiempo, permite añadir subtítulos a los videos sin tener que modificar los mismos, esto es útil, por ejemplo, para una persona con discapacidad auditiva, ya que se puede acceder a la misma información que proporciona el video con sonido.



P. ¿Por dónde crees que pasa el futuro de la accesibilidad web?

R. Pues sería concienciar a diseñadores y empresas en la importancia de ofrecer sus servicios a todos los potenciales usuarios. Ha habido un avance durante los últimos años en este sentido, pero se puede afirmar que aún queda mucho para asegurar el acceso a todas las personas a la web. Además hay que tener en cuenta, que una persona que no tenga problemas de discapacidad hoy, según avance en edad, acabará teniendo, por ejemplo, problemas visuales. Si a ello le sumamos el envejecimiento de la sociedad y que todos los estudios apuntan que en los próximos años la media de edad de usuarios de TIC aumentará exponencialmente...

P. ¿Cómo puede ayudar un Terapeuta Ocupacional a las personas para realizar su derecho de acceso al mundo de la información?

R. Creo que pueden cumplir un doble papel. En primer lugar acercarnos a los profesionales las necesidades que demandan vuestros pacientes, ya que no conocemos las diferentes patologías con las que os enfrentáis a diario y las características específicas de cada una. Y por otro lugar considero que es importante la adaptación de los dispositivos de entrada (ratones, teclados, pantallas...). A día de hoy creo que se están perdiendo grandes ideas por ambas partes, por la vuestra por no tener recursos materiales para realizar vuestros diseños y por la nuestra por hacer "castillos en el aire" sobre las herramientas a utilizar para ayudar a las personas discapacitadas.

P. ¿Consideras que el diseño de una web accesible afecta de alguna forma a una persona que no tiene discapacidad?

R. No, si acaso habría que añadir contenido para hacer posible que cualquier persona, sea capaz de utilizar los servicios ofertados por la página. También, habría que tener cuidado, a la hora de hacer el diseño, por ejemplo, utilizar los colores con cuidado (una persona daltónica, por ejemplo, tendrá problemas a la hora de diferenciar ciertos colores). Pero no creo que sea una pérdida para nadie.

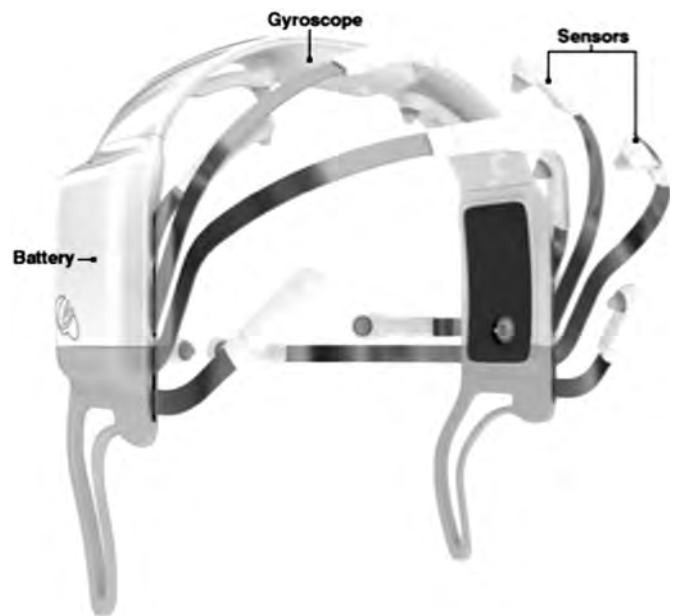
P. ¿Crees que se podrá llegar a un "Diseño para Todos" en la web?

R. Sí, el objetivo es ese, sin embargo va ligado también con la tecnología. Es decir, a parte del cuidado del diseñador web, también hay que tener en cuenta las herramientas mediante las cuales se va a acceder a la información. Esto es, navegadores que proporcionen una navegación más intuitiva (por ejemplo navegadores diseñados para discapacitados, con lectura de la página), mejores periféricos de entrada y salida, etc.

P. Cambiando de tema he leído que el nuevo Ipad de Apple tiene una aplicación que lo hace totalmente accesible a personas ciegas, sin embargo, y tras haber tenido la oportunidad de utilizarlo, creo que es tremendamente inaccesible a personas con problemas de movilidad en

manos. ¿Realmente es tan necesaria esta nueva tecnología táctil?

R. Útil, sí, puede serlo, ya que reduce la necesidad de añadir un periférico de entrada a parte, sin embargo, no me parece tan práctico como quieren vender. En mi caso es menos cómodo escribir con él. Por otra parte, no sé que posibilidades tienen estos aparatos para añadir periféricos adaptados (creo que prácticamente nula). Lo que está claro, es que no todo el mundo puede utilizar pantallas táctiles.



P. Alguna reflexión final...

R. En los últimos años, la accesibilidad web ha ganado notoriedad. Sin embargo, no es suficiente. No todas las empresas están dispuestas a gastar medios en adaptar sus portales, o no todos los diseñadores tienen los conocimientos para adaptar sus páginas. Además, todos sabemos que las cosas nos entran por los ojos, de forma que las webs constantemente nos bombardean con animaciones o incluso aun existen las páginas con sonido de fondo. Estas prácticas, además de ser un engorro, no son adecuadas para personas que tengan algún tipo de discapacidad y quieran acceder (o no) a esa información.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA AL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Autores: Dulce Romero Ayuso, Begoña Polonio López
Editorial: Editorial Médica Panamericana. Año: 2010
ISBN: 9788498352023
Formato: Rústica
Páginas: 527
Idioma: Castellano



Excelente trabajo que profundiza en el abordaje del daño cerebral. Impecable planteamiento metodológico. Su estructura facilita enormemente la lectura. La incorporación de casos, las posibilidades de auto-evaluación, la aportación de investigaciones con los últimos hallazgos, las herramientas de evaluación, etc. conforman un texto con gran valor tanto para estudiantes como para los profesionales. La conclusión a la que todos los lectores/revisores consultados por la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional han llegado no es otra que el máximo grado de recomendación en su lectura y estudio.

"La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía?. Para eso, sirve para caminar".

Eduardo Galeano

Subvencionado por:

