

TERAPIA OCUPACIONAL

organiza la REVISTA ASTURIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL

LOS OJOS DE ELIA
Película sobre Alzheimer.
Sábado 11 de Junio
a las 11:30 horas
Mesa Redonda con expertos en Alzheimer.
(Una vez finalizada la sesión)



CONTENIDOS

Impacto en calidad de vida (FIQ) en Fibromialgia en el área de salud de Talavera de la Reina.

Artículo Original.

Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional.

Caso Clínico.

Significados atribuidos a la ocupación de lectura en el tiempo libre.

Proyecto de Investigación.

Accesibilidad turística en Oviedo.

Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias.

Caso Práctico.

Intervención de Terapia Ocupacional en programas de Cooperación Internacional.

Proyecto de Intervención.

Sala de cine adaptada para personas con discapacidad visual.
Intérprete de lengua de signos.

Entrada gratuita hasta completar el cupo.

Diciembre 2011

SUMARIO

Impacto en calidad de vida (FIQ) en Fibromialgia en el área de salud de Talavera de la Reina.
Autores: Yudit Soro Pérez y Jaime González González. Artículo Original.
*Quality of life impact of the fibromyalgia (FIQ) in the Talavera de la Reina local health area.*3

Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional. Autora: Bárbara Mallada Gutiérrez. Caso Clínico.
*Tendon injury rehabilitation of hand injuries in occupational therapy. Case study/report.*12

Significados atribuidos a la ocupación de lectura en el tiempo libre.
Autoras: Melisa del Carmen Rodríguez, Ibis Romina Teramelli y Virginia Torres.
Proyecto de Investigación.
*Meanings attributed to the occupation of leisure time reading.*17

Accesibilidad turística en Oviedo.
Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias.
Autoras: Belén Prieto López y Andrea García García. Caso Práctico.
*Tourist accessibility in Oviedo. Fine Arts Museum of Asturias.*24

Intervención de Terapia Ocupacional en programas de Cooperación Internacional.
Autora: Tamara Muñiz Núñez. Proyecto de Intervención.
*Occupational Therapy Intervention in International Cooperation Programs.*31

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao

CONSEJO DE REDACCIÓN

Efrén Álvarez Acebal
 Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena

Víctor Manuel Cabal Carvajal
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

Rubén Fernández-Faes
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

Carmen Gómez Amago
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

Bárbara Mallada Gutiérrez
 Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena

Ana Quesada Sánchez
 Terapeuta Ocupacional. Oviedo

www.therapeutica.es

IMPRIME:

IMPRESA GOYMAR
 Padre Suárez, 2
 33009 Oviedo

DEPÓSITO LEGAL:

AS-02720-2005

I.S.S.N.:

1699-7662

EDITA:



Avda. Fernández Ladreda, 48
 33011 Oviedo
 info@aptopa.org
 Periodicidad: semestral
 Tirada: 500 ejemplares

Sólo los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos. De acuerdo con lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual (RD 1/1996 y 23/2006), queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional o de los titulares del ©, la reproducción y comunicación total o parcial del contenido de la revista a través de cualquier medio técnico, comprendidos la reprografía y todo soporte informático.

Para cualquier consulta sobre los números de esta revista, normas de publicación o instrucciones para los autores, véase www.therapeutica.es

Impacto en calidad de vida (FIQ) en Fibromialgia en el área de salud de Talavera de la Reina.

Quality of life impact of the fibromyalgia (FIQ) in the Talavera de la Reina local health area.

Artículo Original

Yudit Soro Pérez. Graduada en Terapia Ocupacional.

Jaime González González. Médico Atención Primaria C.S. Talavera 3, La Solana. Profesor asociado departamento Ciencias Médicas de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Correspondencia: jaime.gonzalez@uclm.es

Recibido:
28-6-2011

Aceptado:
19-7-2011

RESUMEN

La fibromialgia es una patología idiopática y crónica que se caracteriza por dolor muscular generalizado que puede llegar a ser invalidante, afectando a la esfera biológica, social y psicológica de los pacientes. Se trata un diseño de estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El objetivo es conocer cómo es la calidad de vida de las personas con fibromialgia a través de un grupo control de personas sanas. Con una muestra representativa (intervalo confianza 95%) de 36 personas en el grupo sano y de 31 en el grupo de fibromialgia, procedentes de la población de Talavera de la Reina (Toledo). Como instrumento de medida utilizamos el cuestionario FIQ (Cuestionario de Impacto de Fibromialgia). Las enfermas de fibromialgia presentan dificultad estadísticamente significativa con respecto a los sanos en la realización de actividades de la vida diaria. El grupo de fibromialgia adquiere una puntuación FIQ de 7,79. En cambio, el grupo control 2,08. Por lo tanto, la calidad de vida de las personas con fibromialgia es indiscutiblemente inferior.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a idiopathic and chronic pathology that provokes muscular pain with may become invalidant, associated to a badly night rest and fatigue that affects the biological, psychological and social environment of the patients. This is a study quantitative, descriptive and cross-sectional. The objective is know the quality of live in people with fibromyalgia by a control group of healthy people. With a sample of 31 patients of group fibromyalgia and other sample of 36 persons of healthy group from Talavera de la Reina (Toledo). We'll use as a measuring instrument the FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire). The fibromyalgia patients have difficulty statistically significant with respect to healthy persons in performing activities of daily living. The fibromyalgia group have an FIQ score of 7,79. In contrast, the control group 2,08. Therefore, the quality of life of people with fibromyalgia is unquestionably lower.

PALABRAS CLAVES (DeCS)

Calidad de vida. Fibromialgia. Terapia Ocupacional.

KEY WORDS (MeSH)

Fibromyalgia. Occupational Therapy. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que se caracteriza por un dolor generalizado, intenso y difuso. Es una percepción dolorosa inusual y crónica, sin pruebas diagnósticas analíticas definitivas. Pese a la frecuencia de la FM en los países desarrollados (entre el 1-4%)¹, al impacto que produce, al tiempo que llevamos conociéndola y a los muchos artículos de investigación que se generan sobre sí misma, la FM es realmente una gran desconocida. Según el estudio "Costes económicos asociados al diagnóstico de FM en España"², el paciente con FM provoca un gasto de 10.000 euros al año, tanto de gastos directos e indirectos... En 1992 en la Declaración de Copenhague, donde se sentaron las bases actuales de la enfermedad, definió más ampliamente la enfermedad, considerando la FM como un síndrome mucho más complejo en el que se asociaba otras patologías como, síndrome piernas inquietas, cefaleas primarias, dismenorreas, colon irritable, fatiga crónica, disfunción cráneo mandibular, intolerancia al ejercicio, trastorno ansioso depresivo, rigidez matinal etc... (C.Sillag C,1992). En 1992, el síndrome de FM fue reconocido por la Organización

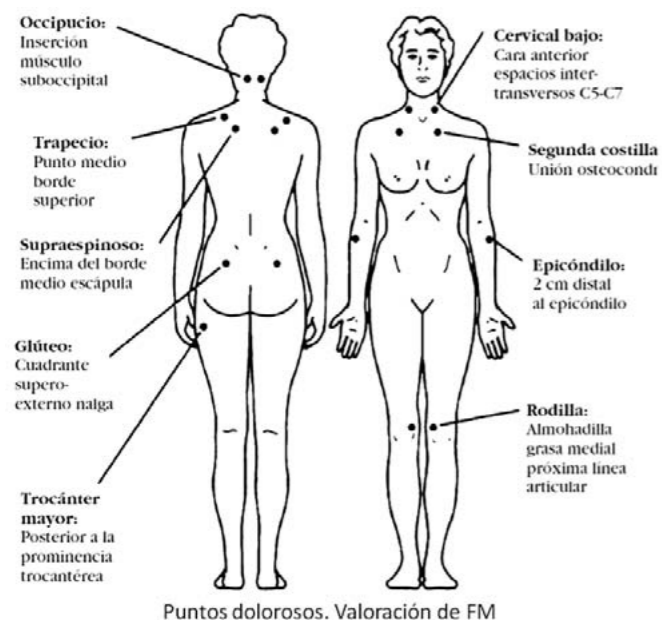
Mundial de la Salud y tipificado en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0³. En 1994 también fue reconocido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y clasificado con el código X33.X8a⁴.

EPIDEMIOLOGÍA: INCIDENCIA Y PREVALENCIA

En FM se da una incidencia más alta en el sexo femenino que en el masculino. (4 de cada 100 mujeres y 1 de cada 200 hombres)⁵. Afecta a todas las edades, incluyendo a los niños⁶, a todos los grupos raciales/étnicos y a todos los estratos socioeconómicos⁷. La prevalencia calculada en la población española, utilizando los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR)⁸, es del 2,7%, siendo de un 4,2% para el sexo femenino y de un 0,2% para el masculino. Ocupa un 15% de las consultas de reumatología y del 5 al 10% de las consultas de atención primaria. La prevalencia mayor es a la edad de 30-50 años⁹. Según el estudio EPISER 2000²³, se calcula que hay como mínimo 700.000 personas mayores de veinte años con FM en España. El pico se alcanza entre los 40-49 años (en esta franja de edad hay un 5% de mujeres afectadas).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

En 1990, el American College of Reumatology (ACR) estableció unos criterios diagnósticos basados en la clínica dolorosa al menos 3 meses en 3 de los 4 cuadrantes corporales en 11 de los 18 denominados "puntos sensibles" o "tender points".



Puntos dolorosos. Valoración de FM

Además de esto, existe una serie de síntomas asociados (ordenados en función de su importancia relativa):

Dolor	Es el síntoma principal y es descrito como quemazón o punzante, que afecta al raquis y a los músculos ¹⁰ , relacionándose con el umbral del dolor y la calidad de vida general, el déficit de condición física, la ansiedad, las alteraciones del sueño ¹¹ y las disfunciones cognitivas ¹² . Empeora con el ejercicio físico intenso, el frío y el estrés emocional ¹³ .
Rigidez articular	Entre el 76% y el 85% presentan limitación de la movilidad ¹⁴ .
Fatiga	Se presenta en más del 80% de los pacientes ¹⁵ .
Alteraciones del sueño	--
Trastornos psiquiátricos	En un 62% de los pacientes demuestran tener trastornos psíquicos relevantes ¹⁶ .
Disfunciones cognitivas	El 82% de los pacientes con síndrome de FM se perciben con déficit cognitivo ¹¹ .
Sensación de tumefacción	Oscila entre el 50 y 86% ¹⁷ .

Parestesias	Se ha recogido entre 26-81%: hormigueo, picazón, sensación de ardor cutáneo y algunas veces con sensación de calor ¹⁸ .
Malestar abdominal	Dolor abdominal, meteorismo, estreñimiento y/o diarrea.
Hipersensibilidad sensorial	Sobre todo al frío, luz, sonido y olores.
Cefaleas	Pueden ser de tipo tensional o difusas, se localizan en las zonas hem craneal, facial u occipitocervical. Su prevalencia oscila entre el 35 y el 76% de los pacientes ¹⁹ .

TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

No existe aún un tratamiento curativo para el síndrome de FM, pero sí existe amplia evidencia científica respecto al abordaje multidisciplinario en asistencia primaria combinando medicaciones con otras técnicas como ejercicio físico²⁰, la natación y la hidrogimnasia⁹, terapia cognitivo-conductual²⁰, retroalimentación⁹, Terapia ocupacional, fisioterapia, la hipnoterapia y la meditación, como forma eficaz de propuesta terapéutica²¹.

CALIDAD DE VIDA (CDV)

Calidad de vida es un concepto relativamente nuevo, tanto en la investigación como en la práctica clínica, que ha surgido con un gran empuje a los últimos años como objetivo prioritario de las políticas sociales y sanitarias en todos los países occidentales²². La idea de calidad de vida comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general²³. Para entender mejor la conceptualización de éste término, en los años 90 un grupo de profesionales e investigadores tras la necesidad de entender mejor este concepto definieron los 12 principios de la Conceptualización, Medida y Aplicación de Calidad de Vida.

CUESTIONARIO DE IMPACTO DE FIBROMIALGIA (FIQ)

La valoración del dolor y de las consecuencias de la enfermedad en la calidad de vida de los afectados se considera fundamental para la evaluación de los sujetos con FM²⁴.

Para la evaluar la calidad de vida en estas personas con FM se tienen en cuenta diversos cuestionarios como:

- SF- 36
 - EURO-QOL 5-D
 - FIQ
 - Cuestionario Sevilla de Calidad de vida
- En 1994, Burckhardt et al.¹⁵ crearon una escala concreta para calcular la calidad de vida de las personas que

fueran diagnosticadas de FM: el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), constituye, hasta el momento, el único instrumento específico para evaluar a los pacientes con SFM26. Ha sido traducido al español mediante las recomendaciones internacionales de traducción-retrotraducción¹⁶ y se ha analizado de manera satisfactoria la fiabilidad, la validez, la adaptación y la sensibilidad al cambio del FIQ en pacientes españoles²⁷.

El grado de afectación vital se puede clasificar en:

- Afectación vital leve: puntuaciones en las escalas de valoración inferiores al 50% y sin interferencia o mínima interferencia con las actividades de la vida diaria.
- Afectación vital moderada: puntuaciones entre 50 y 75% e interferencia moderada con las actividades de la vida diaria.
- Afectación vital severa: puntuaciones superiores al 75% y marcada interferencia con las actividades de la vida diaria (imposibilidad para realizar un trabajo o función).

OBJETIVOS

Conocer cómo es la calidad de vida en personas con FM y contextualizando cual es la diferencia entre éstas y personas sanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

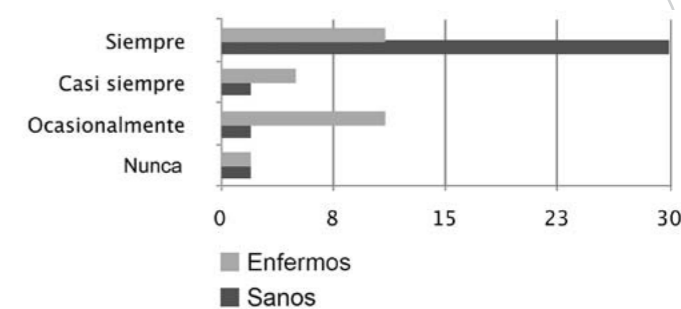
- Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con inferencia estadística de medias mediante T de Student con sistema informático SPSS15.
- Análisis SPSS 15.0 Entrevistas repetitivas con Milagros Ortega en Asociación AFIBROTAR.
- Muestra de 31 personas diagnosticadas de FM: Selección aleatoria procedente de AFIBROTAR y Centro de Salud "La Solana" (Talavera).
- Grupo control de 36 personas no diagnosticadas de FM: Selección aleatoria, mediante muestreo aleatorio consecutivo durante 12 días, tres personas por día, procedente del Centro de Salud "La Solana" (Talavera de la Reina).
- Cuestionario estandarizado FIQ.
- Programa Epidate. Cálculo tamaño muestral 95% confianza 6% precisión. Total 29 pacientes.
 - **Criterios de inclusión:**
 - Personas mayores de 13 años que puedan responder a las encuestas por sí mismas sin ayuda de terceras personas.
 - Personas menores de 80 años.

RESULTADOS

En esta muestra de 35 personas con FM, hemos sufrido en el estudio una pérdida de 4 personas, por lo que la muestra final será de 31 personas. La media de edad de la muestra total es de 52, 14 años. Con una edad mínima de 13 años y una máxima de 74.

Pregunta 1: La semana pasada, ¿usted pudo...?

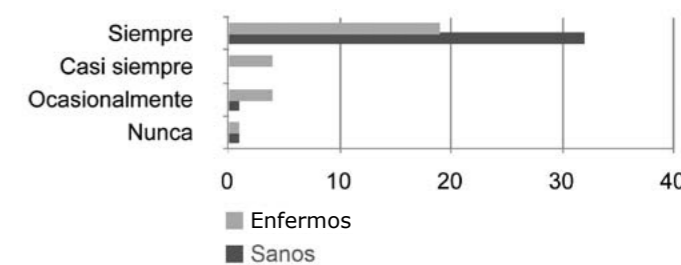
¿Ir a comprar?
P<0.05, significativo



Las 36 personas sanas contestó que **siempre** pudieron ir a comprar, mientras que sólo 11 de las 31 personas enfermas pudieron ir a hacer la compra.

¿Lavar la ropa usando lavadora y secadora?

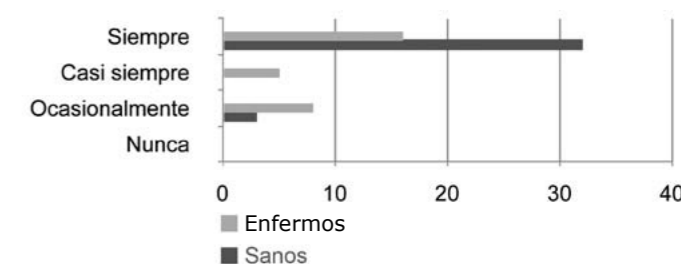
P<0.05, significativo



En cuanto al lavado de ropa, 32 personas sanas contestaron que **siempre** podían hacer la colada, mientras que 19 personas enfermas contestaron lo mismo.

Preparar la comida

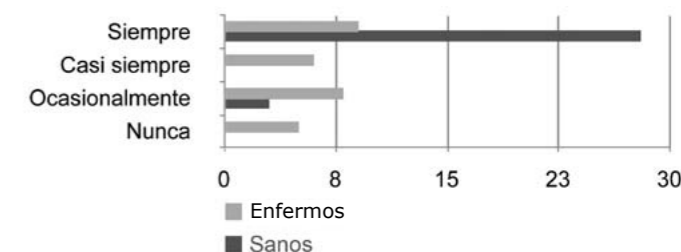
P<0.05, significativo



Del grupo de sanos 32 personas contestaron que **siempre** podían preparar la comida, mientras que del grupo de FM solo contestaron 19.3 de las personas sanas contestaron que **ocasionalmente** podían preparar la comida, en cambio 8 de las personas enfermas contestaron esta opción. La respuesta **nunca** no fue seleccionada por ningún grupo.

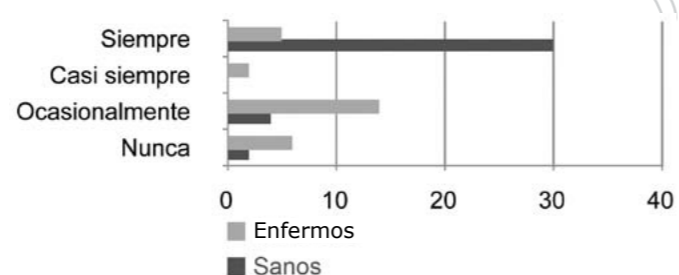
¿Lavar los platos a mano?

P< 0.05, significativo



La opción **siempre** fue contestada por 28 personas sanas y 9 enfermas.

Ninguna persona sana seleccionó la opción casi siempre, en cambio 6 personas enfermas la respondieron. 8 personas enfermas afirmaron que **ocasionalmente** podían fregar los platos, mientras que del grupo del grupo de los sanos solo 3. Del grupo de personas enfermas 5 personas contestaron que **nunca** podían realizar esta actividad.

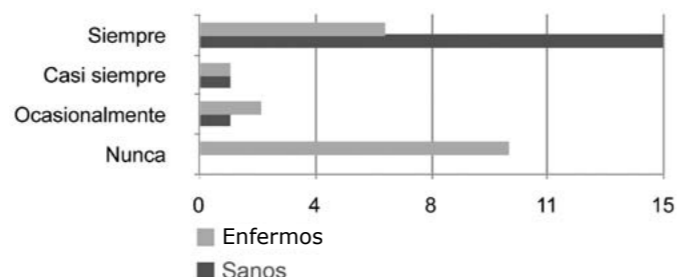


Del grupo sano 30 personas contestaron que **siempre** pudieron ir a visitar amigos o parientes, en cambio del grupo de FM solo contestaron 5.

La opción de **casi siempre**, solo fue contestada por el grupo enfermo por 2 personas. En cuanto a **ocasionalmente**, 4 personas sanas contestaron esta alternativa y del grupo de enfermo 14

¿Cuidar el jardín?

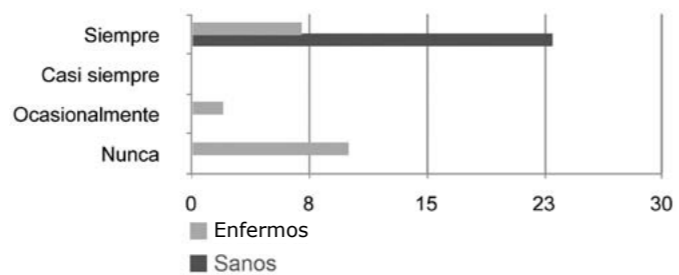
P < 0.05, significativo



En relación a cuidar el jardín, 6 personas con FM contestaron que **siempre** podían hacerse cargo, en cambio 15 personas del grupo sano contestó lo mismo. 1 persona de cada grupo escogió la opción **casi siempre**.

¿Conducir un coche?

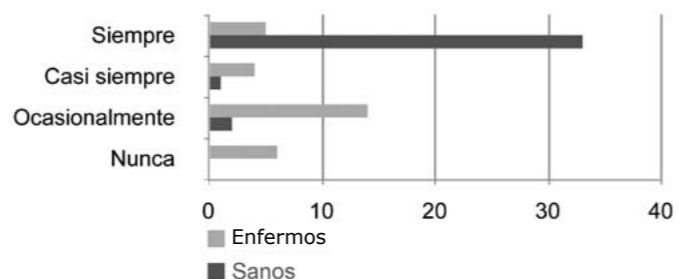
P < 0.05, significativo



Del grupo control 23 personas contestaron que **siempre** pudieron conducir un coche, en cambio del grupo de enfermos solo contestaron 7.

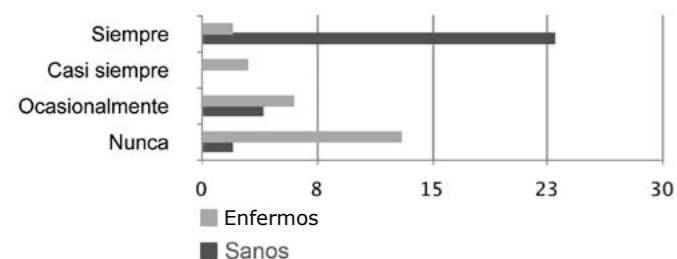
¿Subir escaleras?

P < 0.05, significativo



¿Pasar la aspiradora por la alfombra?

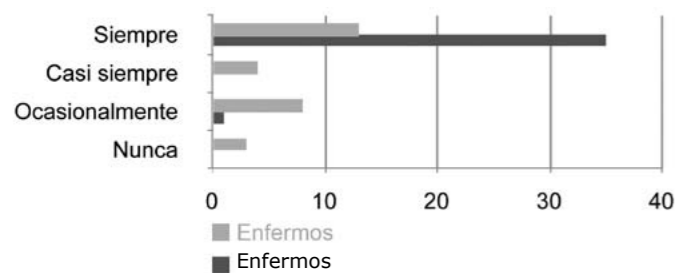
P < 0.005, significativo



De las personas con la enfermedad solo 2 contestaron que **siempre** podían pasar la aspiradora, mientras que del grupo sano contestaron 23 personas. 13 personas con FM contestaron que **nunca** podían pasar la aspiradora, en cambio del grupo sano contestaron 2 personas.

¿Hacer las camas?

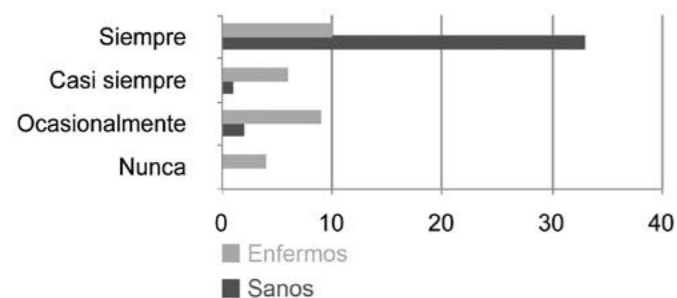
P < 0.05, significativo



35 de las 36 personas sanas contestaron que **siempre** podían hacer la cama, mientras que del grupo de enfermos contestaron 13.

¿Caminar varios centenares de metros?

P < 0.05, significativo



33 personas sanas **siempre** pudieron caminar varios centenares de metros, en cambio del grupo enfermo 10 personas.

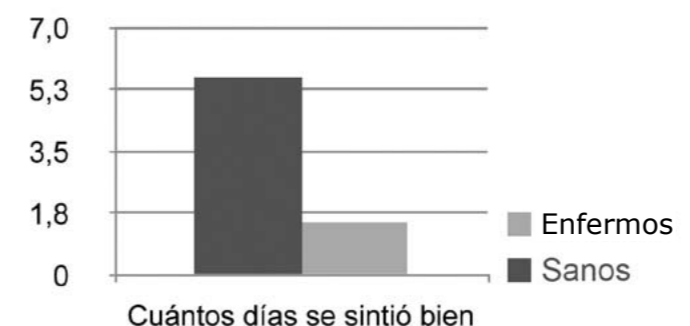
¿Visitar amigos o parientes?

P < 0.05, significativo

A la pregunta de si **siempre** pudieron subir escaleras, del grupo enfermo contestaron 5 personas, mientras que del grupo control 33. A la opción de casi siempre, 4 personas enfermas eligieron esta opción, mientras que del grupo sano solo 1. **Ocasionalmente** 14 personas enfermas pudieron subir escaleras, mientras que del grupo control 2 personas pudieron subir escaleras.

El resultado de todas las preguntas, divididas entre personas sanas y enfermas han sido contrastado estadísticamente mediante porcentajes mediante una Chi cuadrado, obteniendo en todas las preguntas diferencias estadísticamente significativas, esto es, que no son resultados debidos al azar con una significación de 95%.

Pregunta 2: De los 7 días de la semana pasada, ¿Cuántos se sintió bien?

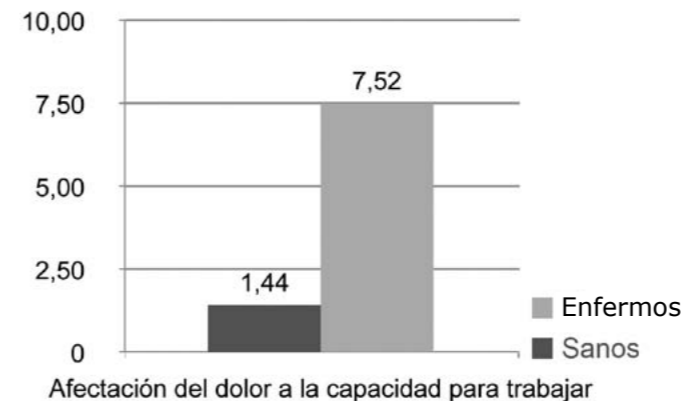


De los 7 días de la semana anterior el grupo sano obtiene una media de 5,58 días en los que se sintió bien. En cambio el grupo de FM se sintió bien 1,54 días de la semana pasada. La media de los dos grupos es de 3,81.

Pregunta 3: ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su FM? (si no trabaja fuera de casa, no conteste a esta pregunta).

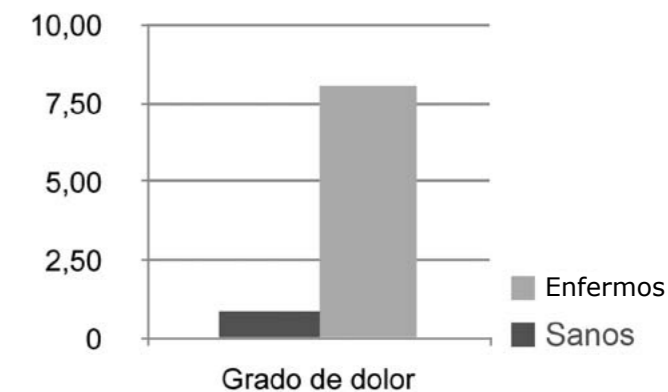
A esta pregunta no se ha podido realizar análisis estadístico debido a que solamente han respondido dos personas y que no es valorable a nuestro entender en personal sano.

Pregunta 4: Cuando trabajó (incluyendo las tareas domésticas), ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la FM a su capacidad para trabajar?.



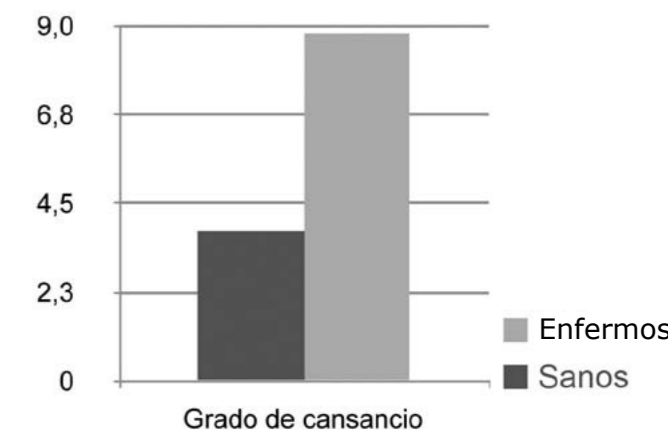
En cuanto a la dificultad para realizar la actividad laboral o las tareas domésticas debido al dolor, el grupo control de 0 a 10 puntos (siendo 0 la mínima dificultad y 10 la máxima) obtuvo una media de 1,44 puntos. En cambio el grupo de enfermos sacó de 0 a 10, una media de 7,52 puntos

Pregunta 5: ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?



En cuanto al grado de dolor, en una escala de 0 a 10 (siendo 0 el nivel más bajo de dolor y 10 el más alto), el grupo control obtuvo una media de 0,86 puntos, mientras que el grupo de enfermos 8,06 puntos.

Pregunta 6: ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado/a?

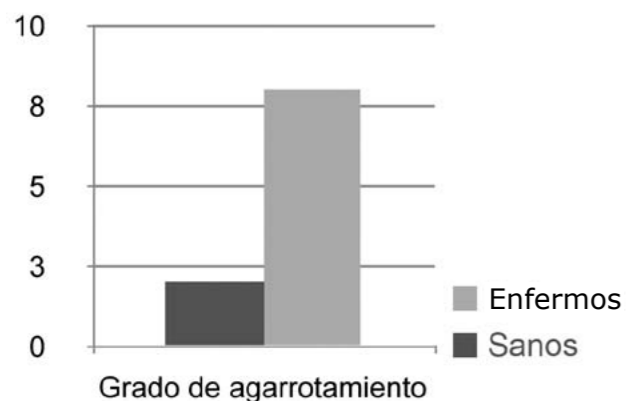


En relación al grado de cansancio, el grupo de sanos obtuvo una media de 3,81 (en una escala de 0 a 10, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo) puntos, mientras que el grupo de FM alcanzó una media de 8,77 puntos.

Pregunta 7: ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

En esta pregunta, el grupo control obtuvo un resultado en la escala de 0 a 10 (siendo 0 el sentirse descansado al despertar y el 10 muy cansado al despertar) una puntuación de 2,92. En cambio el grupo de FM en la misma escala adquirió una puntuación de 8,48.

Pregunta 8: ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado/a?



En una escala de 0 a 10 (siendo 0 el mínimo y 10 el máximo grado de agarrotamiento), el grupo control tuvo una media de 2,06 puntos, mientras que el grupo de FM alcanza una puntuación de 7,97 puntos.



Pregunta 9:
¿Hasta qué punto se ha sentido tenso/a, nervioso/a o ansioso/a?



En esta cuestión el grupo control consigue una media de 3,17 puntos (en una escala de 0 a 10, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo grado de tensión, nervios o ansiedad).

En cambio el grupo de personas enfermas alcanza una media de 7,19 puntos sobre 10.

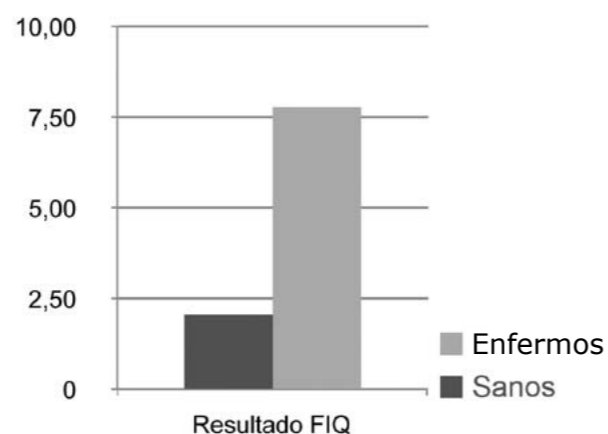


Pregunta 10:
¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido/a o triste?



En esta pregunta, el grupo sano tiene una media de 1,89 puntos (en una escala de 0 a 10, siendo 0 el mínimo grado de depresión o tristeza y el 10 el máximo grado), mientras que el grupo de FM obtiene una puntuación de 7,10.

Resultado final del cuestionario



Los últimos datos que se obtienen, son la puntuación total del cuestionario. Esta puntuación refleja el nivel de calidad de vida que posee cada grupo. En una escala de 0 a 10 (donde 0 es el mejor y 10 el peor nivel de calidad de vida), el grupo control obtiene una puntuación 2,08 mientras que el grupo de FM alcanza una puntuación de 7,79. Éstos obtienen una afectación vital severa.

El resultado de las preguntas 2 a 10 y del valor total del test, divididas entre personas sanas y enfermas han sido contrastado estadísticamente mediante diferencia de medias, mediante una T de Student, obteniendo en todas las preguntas diferencias estadísticamente significativas, esto es, que no son resultados debidos al azar con una significación de 95%.

CONCLUSIONES

1. Los enfermos de FM presentan dificultad estadísticamente significativa con respecto a los sanos en la realización de tareas del hogar siendo las que requieren de mayor actividad física, las más afectadas, como subir escaleras, hacer la cama o la compra.
2. Los pacientes con FM presentan limitaciones en su vida diaria casi todos los días de la semana.
3. Dolor, cansancio y levantarse por las mañanas son las patologías más afectadas en pacientes con FM con respecto a sanos.
4. Depresión, nerviosismo y agarrotamiento, son patologías menos afectadas del cuestionario FIQ a pesar de presentar también diferencias significativas con respecto a sanos.
5. El test diagnóstico FIQ indica las diferencias de sintomatología diaria entre personas sanas y enfermas de FM.

DISCUSION

Los pacientes con FM sufren una importante disminución de su calidad de vida, debido a su sintomatología más incapacitante, insomnio, ansiedad-depresión, as-tenia y dolor²⁸ que desde atención primaria debemos abordar.

La FM puede afectar de manera importante su capacidad funcional, limitando las actividades de la vida diaria, aunque la pérdida de la capacidad funcional no tiene por qué ser progresiva e irreversiblemente en todos los pacientes.

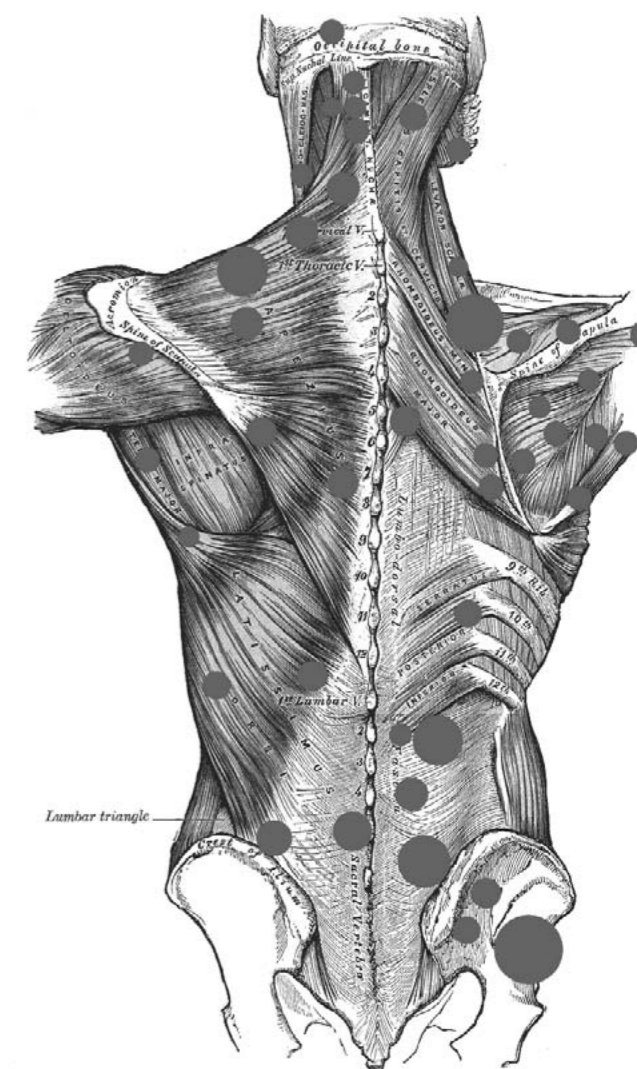
Algunos estudios longitudinales de pacientes con FM nos muestran mejoras del cuadro clínico con el tiempo, identificándose un periodo de remisión de los síntomas con una duración variable según los autores^{29, 30}.

Los resultados finales de este estudio han sido similares a otros que reflejan la calidad de vida en personas con FM^{21,22,23,24}. Las tareas domésticas como lavar ropa, hacer comida-cama, etc, les resultan altamente difíciles por cuanto que precisan de ejercicio físico que en su enfermedad está muy limitado y relacionado con el dolor y la fatiga. Cuando deben salir de casa, hacer compra, andar, subir escaleras, conducir coche, estos problemas no hacen más que acentuarse. Esta limitación en la interrelación personal termina ineludiblemente con un aislamiento social y personal de las personas debido a su limitación por la enfermedad.

El grado de dolor que sienten en su vida diaria las personas con FM es de 8,06 puntos de 10 (siendo 0 la mínima y 10 la máxima intensidad), en cambio en las

personas sanas nos encontramos con una intensidad del 0,86.

Estudios realizados en otros países informan de que los pacientes afectados de FM poseen una peor función de sus capacidades físicas, pasan más días en cama y pierden más días de trabajo que los controles sanos.25 Gracias a la fatiga, la sensación de tumefacción y la rigidez articular, las personas con FM se sienten agorrotadas en una media de 8 puntos sobre 10, para contrastar, las personas sanas presentan una media de 2,0 puntos. Una clara y notable diferencia de 6 puntos. Los pacientes con FM suelen experimentar rigidez matutina y limitación de movimientos durante más de 15 minutos, y puede volver a aparecer durante el día, a menudo después de los periodos de inactividad⁷.



Existe también una amplia diferencia entre éstas y las personas sanas en cuanto al grado de alteraciones psiquiátricas. En cuanto a nervios, tensión y ansiedad existe una diferencia de puntuación de 6,03. Un 7,2 de media las personas con FM y un 1,17 las personas sanas. Siguiendo con las alteraciones psiquiátricas nos encontramos con la depresión, una fiel amiga de la FM. En los resultados de este estudio hemos obtenido una media de grado de depresión o tristeza en estas personas de un 7,1 mientras que en las personas sanas

obtenemos una puntuación de 1,9. El alto grado de depresión que se da en estas personas puede deberse a todo el conjunto de los síntomas físicos y psíquicos, que alteran la funcionalidad y el desempeño ocupacional, viéndose la persona incapaz de cumplir con los roles ya adquiridos anterior a la enfermedad. Esto crea tal frustración e impotencia a la persona que le lleva a desembocar en una depresión. A todos estos síntomas se le suma el saber que no existe un tratamiento curativo²⁰, que los fármacos utilizados apenas muestran resultados positivos, que la sociedad no las comprende, desde sus familiares y amigos a compañeros de trabajo o personal sanitario, y un largo etc. Son todos estos cúmulos circunstanciales los que provocan en estas personas esos altos grados de depresión, nerviosismo tensión o ansiedad.

Como conclusión final de este estudio, obtenemos una puntuación en el Cuestionario de Impacto de FM de 7,79 sobre 10 en personas con FM, y en personas sanas una puntuación de 2,08. Por lo que podemos deducir que la calidad de vida de las personas diagnosticadas de FM de 5,71 puntos por debajo de las personas sanas. Por lo tanto, la calidad de vida en estas personas con FM es paupérrima. Además múltiples estudios muestran que las pacientes con FM tienen un importante impacto en disminución de calidad de vida²⁶.



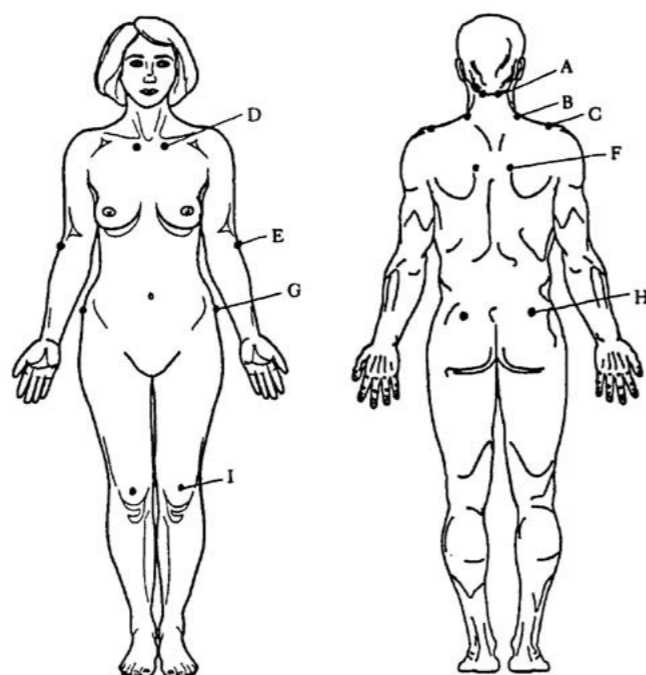
En nuestra opinión estos pacientes con FM que solamente usan tratamiento médico deberían ser tratados por equipos multidisciplinares²⁷ entre los que habría psicólogos, médicos de atención primaria y de especializada, psiquiatra, reumatólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, ya que los tratamientos multidisciplinares les podrían hacer mejorar sus síntomas²⁸.

Parece obvio concluir de nuestros resultados, que estos pacientes se beneficiarían de tratamientos con terapias ocupacionales en su abordaje multidisciplinar, aunque las experiencias son escasas, lo cual abre todo un mundo de posibilidades de investigación sobre el tema y sobre trabajos individualizados y especializados en estos pacientes para demostrar esta afirmación que defendemos con este trabajo sobre la necesidad de que el terapeuta ocupacional tenga un sitio en el abordaje de la FM.

En nuestro país las experiencias publicadas²⁸ con tratamiento multidisciplinar se han dirigido a un grupo de pacientes con dolor crónico incapacitante, que en su mayor parte tenían FM, y que incluyeron tratamiento médico, físico, psicológico y ocupacional, con resultados muy positivos similares a los referidos por otros autores²⁹.

La figura del médico de atención primaria en esta patología es importante debido al conocimiento y cercanía que propone la atención primaria con respecto a especializada, debiendo ser el eje sobre el que rote el tratamiento.

El tratamiento eficaz de la FM, desde un punto de vista multidisciplinar depende de la correcta utilización de agentes farmacológicos, y el apoyo sanitario principalmente desde la consulta de Atención Primaria, aunque resultan más efectivos cuando se asocian a otras modalidades terapéuticas, tales como la intervención cognitivo-conductual, el ejercicio físico y la terapia ocupacional³⁰ por su intervención sobre del dolor crónico^{31, 32}.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Clawson DJ, Ruddy S, Harris ED, Sledge CB. Kelley's Textbook of Rheumatology. 6th Edition. WB Saunders Company 2001; 418-27.
- 2 Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo M. Costes económicos asociados al diagnóstico de Fibromialgia en España. Rev Soc Esp Dolor.2009; 16(07):417-8.
- 3 World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Ginebra: WHO; 1992.
- 4 Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2nd ed. Seattle: International Association for Study of Pain (IASP Press); 1994.
- 5 Van Riel C. Criterios del Colegio Americano de Reumatología para diagnosticar la fibromialgia. Plataforma Nacional para FM,SFC,SQM. Reivindicación de derechos. 2010.
- 6 Buskila D. Síndrome de la fibromialgia en niños. Estudio de resultados. J Rheumatol 1995;22:525-8.
- 7 Bruce M. Carruthers and Marjorie I. Van de Sande. Síndrome de fibromialgia: definición clínica y recomendaciones para médicos. Visión general del documento canadiense a consenso sobre fibromialgia. Canadá 2006.
- 8 Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Monografía. [15 de febrero de 2011]: Disponible en <http://www.ser.es/proyectos/episerresultados.html>
- 9 Viana Zulaica C. Guía Clínica Fibromialgia. [Internet] A Coruña: Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. Servizo galego de Saúde; 2009 [Consulta 30 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterrae/movil/guias.asp?idGuia=73>
- 10 Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. Lancet 1999; 353: 1865-69.
- 11 Fibromialgia (FM). Institut Ferran de Reumatología [Internet]. Cataluña. [Consulta el 10 de diciembre de 2010] Disponible en: <http://www.institutferran.org/fibromialgia.htm>
- 12 Polonio B, Factores predictores de la calidad de vida en el anciano. Estudio sobre la calidad de vida en personas de edad avanzada que utilizan recursos asistenciales especializados en España. Verlag Dr. Müller. Talavera de la Reina. Universidad de Castilla-La Mancha, Diss., 2007.
- 13 Gómez-Vela M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Internet]. Salamanca. [Consulta el 5 de enero de 2011]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- 14 Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart F. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rev Esp Reumatol. 2004;31 (09):507-13.
- 15 Burckhardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and Validation. J Rheumatol 1991;18:728-33.
- 16 González-Álvarez B, Rodríguez A, Alegre C. Translation and validation of the Fibromyalgia Impact Questionnaire into Spanish. Arthritis Rheum. 1999;42 (Suppl 9):S344.
- 17 Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2004; 22:554-60.
- 18 Häuser W, Grulke N, Michalski D, Hoffmann A, Akritidou I, Klauenberg S, Maier C, Hinz A. Intensity of limb pain and fatigue in fibromyalgia syndrome, depressive disorders and chronic back pain. A criterion for differentiation. Schmerz. 2009 Jun;23 (3):267-74.
- 19 Fitzcharles MA, Da Costa D, Poyhia RA. Study of standard care in fibromyalgia syndrome: a favorable study. J Rheumatol 2003;30: 154-9.
- 20 Wolfe F. The clinical syndrome of fibrositis. Am J Med 1986; 81: 7-14.
- 21 Liedberg GM, Burckhardt CS, Henriksson CM. Validity and reliability testing of the Quality of Life Scale, Swedish version in women with fibromyalgia -- statistical analyses. Scand J Caring Sci. 2005 Mar;19(1):64-70. PubMed PMID: 15737168.
- 22 Sim J, Adams N. Therapeutic approaches to fibromyalgia syndrome in the United Kingdom: a survey of occupational therapists and physical therapists. Eur J Pain. 2003;7(2):173-80. PubMed PMID: 12600799.
- 23 Taylor RR. Quality of life and symptom severity for individuals with chronic fatigue syndrome: findings from a randomized clinical trial. Am J Occup Ther. 2004 Jan-Feb;58(1):35-43. PubMed PMID: 14763634.
- 24 Assumpção A, Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Pereira CA, Marques AP. Quality of life and discriminating power of two questionnaires in fibromyalgia patients: Fibromyalgia Impact Questionnaire and Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey. Rev Bras Fisioter. 2010 Aug;14(4):284-9. Epub 2010 Jul 23. PubMed PMID: 20949228.
- 25 White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. Arthritis Rheum 1999; 42: 76-83.
- 26 Peleg R, Ablin JN, Peleg A, Neumann L, Rabia RA, Buskila D. Characteristics of fibromyalgia in Muslim Bedouin women in a primary care clinic. Semin Arthritis Rheum. 2008 Jun;37(6):398-402. Epub 2007 Oct 30.
- 27 Gelman S.M, Lera S, Caballero F, López M.J. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. Rev Esp Reumatol. 2005;32 (3): 99-105.
- 28 Collado A, Torres X, Arias A et al. Evaluación y tratamiento multidisciplinar en el síndrome de dolor crónico incapacitante. Med Clin. 2001; 117: 401-5.
- 29 Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. Rheum Dis Clin North Am 1996; 22: 351-66.
- 30 Monsalve V. Importancia de la valoración psicológica en el tratamiento del síndrome del dolor miofascial y fibromialgia. Simposio internacional de Tratamiento del dolor. Valencia. 2004.
- 31 Casso G, Cachin C, Van Melle G and Gester JC. Return to work status 1 year after muscle reconditioning in chronic low back pain patients. Joint Bone Spine. April 2004.
- 32 Margreet Oerlemans H, Oostendorp R, Boo T and Jan R. Pain and reduced mobility in complex regional pain syndrome I: outcome of a prospective randomised controlled clinical trial of adjuvant physical therapy versus occupational therapy • Pain, 1999. Oct. 83.

Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional.

Tendon injury rehabilitation of hand injuries in occupational therapy. Case study/report.

Caso Clínico

Barbara Mallada Gutiérrez. Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena. Asturias.
Correspondencia: barbara7611@hotmail.com.



Recibido:
27-10-2011

Aceptado:
16-11-2011

RESUMEN

La función normal de la mano refleja la integridad de los tendones extensores. Su contribución al balance articular, fuerza, destreza y funcionalidad de la misma es fundamental. El tratamiento rehabilitador postquirúrgico de las lesiones de estos tendones es de vital importancia para evitar limitaciones en la función global de la mano, que comprometan la capacidad del paciente para ejecutar las actividades de la vida diaria de manera independiente. En el presente artículo se desarrolla el plan de intervención aplicado en un caso de lesión tendinosa traumática del tendón extensor del tercer dedo, desde la retirada del tratamiento ortopédico hasta su recuperación.

PALABRAS CLAVES (DeCS)

Edema, rehabilitación, tendón, terapia ocupacional, traumatismos de la mano.

INTRODUCCIÓN

Los tendones extensores del miembro superior son estructuras propensas al trauma debido a su relativa exposición y localización superficial. Al seccionarse no sufren grandes retracciones ni importantes adherencias, por lo que el pronóstico funcional postquirúrgico es más favorable que en las lesiones de los flexores. (9) Hay varios factores que pueden afectar a la reparación tendinosa; la severidad del trauma, nivel al que se localiza la sección, la edad avanzada del paciente o la inmovilización postoperatoria inadecuada. La rehabilitación postquirúrgica de este caso sigue dos líneas de trabajo: la recuperación funcional del tendón afectado y el tratamiento de consecuencias derivadas de la lesión y de la inmovilización ortopédica. Una evaluación kinesiológica exhaustiva es necesaria para marcar los objetivos a trabajar y las técnicas de intervención.

HISTORIA CLÍNICA (3)

Varón, 27 años. Lesión traumática completa del tendón extensor del tercer dedo de la mano izquierda. La sección se localiza en el dorso a nivel distal, en la zona

1 En 1961, Verdan y Michot proponen una clasificación que comporta siete zonas anatómicas para dividir la mano. La Federación Internacional de la Cirugía de la Mano la modifica en 1980. Actualmente comprende 5 zonas para los dedos y 3 para el pulgar. La zona tres ocupa desde la salida del canal carpiano hasta la entrada al canal digital. Esta zona es propicia a una buena recuperación.

2 Shickland describe tres fases durante una reparación tendinosa, en las que coexisten los dos mecanismos de cicatrización (extrínseca e intrínseca) de manera indivisible. Una fase inflamatoria (3-5 primeros días) caracterizada por un edema y un hematoma.

Una fase fibroblástica (3-6 semanas) caracterizada por una gran producción de colágeno.

Una fase de remodelación (6-8 meses) en la que la maduración y la organización de las fibras se produce de un modo longitudinal bajo el efecto de los movimientos y de las fuerzas de tracción.

ABSTRACT

The normal function of the hand reflects the integrity of the extensor tendons. Their contribution to the balance, strength, dexterity and functionality of it is fundamental. The postoperative rehabilitation treatment of injuries of these tendons is vital to avoid limitations on the overall function of the hand, that compromise the patient's ability to perform activities of daily living independently. This article develops the intervention plan applied in a case of traumatic tendon injury of the extensor tendon of the third finger, since the withdrawal of orthopedic treatment until recovery.

KEY WORDS (MeSH)

Edema, hand injuries, occupational therapy, rehabilitation, tendon, .

anatómica tres¹. El paciente es diestro.

Es intervenido quirúrgicamente para suturar el tendón a través del método Kessler. Este tipo de sutura permite técnicas de movilización precoz y mayor resistencia tendinosa durante el proceso de cicatrización, características muy ventajosas para el proceso de rehabilitación postquirúrgico.

Tras la intervención se coloca al paciente un vendaje enyesado que le inmoviliza el miembro superior izquierdo desde las falanges distales de los cuatro dedos hasta el antebrazo, dejando libre el pulgar. La mano es inmovilizada en posición funcional. El tratamiento ortopédico se alarga durante tres semanas. El equipo médico que lleva a cabo la intervención inicial, cirugía y ortopedia, no aconseja al paciente que mantenga el miembro superior en un plano inclinado.

EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA

>> Topografía

- La cicatriz visible del dorso se encuentra en fase de regeneración con tramos cubiertos por costra superficial.
- La cicatrización tendinosa es un proceso que se alarga en el tiempo (Shickland²) por lo que la movilización

inicial, activa o pasiva, de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, ha de ser muy cuidada para no comprometer la resistencia del tendón que se encuentra disminuida.

● Atendiendo a la localización anatómica de la sección tendinosa, a la profundidad de la misma y a la exploración sensitiva se concluye que no existe implicación nerviosa destacable.

● Se observa inflamación en mano y dedos de tipo edematoso. El edema es localizado, de tipo ortostático, con signo de fóvea³ a la presión positivo.

● La capacidad de adaptación que proporcionan los arcos transversos palmares y longitudinales digitales a la mano está comprometida.

● Se valora, a través de la inspección, palpación y comparación con otros segmentos corporales, la masa muscular, el tono y la fuerza:

- Atrofia muscular en antebrazo izquierdo, con pérdida visible de volumen.
- Disminución de la resistencia al movimiento pasivo de la extremidad superior izquierda. Condición que facilita, en gran medida, las movilizaciones pasivas en el segmento.
- Fuerza muscular disminuida en el miembro superior izquierdo. De acuerdo a la escala propuesta por el Medical Research Council (MRC) descrita en la tabla 1, el paciente se encuentra en un nivel 4-: es capaz de vencer una resistencia muy leve, aplicada durante un breve período de tiempo.

TABLA 1

FUNCIÓN MOTORA

No contracción 0
Contracción que no desplaza articulación 1
Desplazamiento articular sobre plano 2
Desplazamiento articular contra gravedad 3
Movimiento contra resistencia 4
Fuerza normal 5

>> Movilización activa/funcional (5)

A través de un goniómetro se valora la amplitud actual, tras la lesión y posterior inmovilización. Las articulaciones del pulgar no han sido inmovilizadas, por lo que su rango articular no se ha visto afectado. A partir de la comparación con los índices normales de rango, se estima el grado de recuperación que precisa cada articulación. (8)

3 El diagnóstico del edema se realiza buscando la depresión de la piel y tejido celular subcutáneo al presionar con un dedo contra un relieve óseo (signo de fóvea). Debe buscarse en las extremidades inferiores, en la región sacra, o en el caso de ser edema localizado, en cualquier región. En los sitios donde no existe plano óseo para comprimirlo, como por ej. la pared abdominal, debe hacerse una pinza con los dedos.

MUÑECA: ARTICULACIÓN RADIO CARPIANA SUPERIOR ARTICULACIÓN INTERCARPIANA O MEDIO CARPIANA	
Movimiento de flexión (flexión palmar)	Índice actual (IA) 40°. Índice normal (IN): 85°
Movimiento de extensión (flexión dorsal)	ÍA: 45°. IN: 85°
Inclinación cubital	IA: 25°. IN: 45°
Inclinación radial	IA: 10°. IN: 15°
Circunducción	Importante limitación, movimiento apenas perceptible.
MANO: ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICAS DEL 2º AL 5º DEDO	
Flexión	IN: 90° de media. Aumenta del 2º al 5º 2º dedo: IA: 40° 3º dedo: contracción sin desplazamiento 4º dedo: IA: 30° 5º dedo: IA: 30°
Extensión	IN: 20-40° 2º dedo: IA: 20° 3º dedo: contracción sin desplazamiento del extensor común de los dedos 4º dedo: IA: 15° 5º dedo: IA: 15°
Separación/abducción	IN varía según el dedo 2º dedo: IA: 50°. I.N: 60° 3º dedo: contracción sin desplazamiento del extensor común de los dedos 4º dedo: IA: 40°. I.N: 45° 5º dedo: IA: 40°. I.N: 45°
Circunducción	Restricciones de movimiento en todos los dedos. El tercer dedo no ejecuta el movimiento.
MANO: ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DEL 2º AL 5º DEDO	
Flexión	IN: proximal (P): 110°. Distales (D): 80°. 5º dedo: 135° y 90° respectivamente 2º dedo: P: 70°, D: 50° 3º dedo: Incapaz de movimiento en ambas articulaciones 4º dedo: P: 75°, D: 50° 5º dedo: P: 90°D: 65°
Extensión	La extensión activa es nula en las proximales. En las distales suele alcanzar unos 5°. En este caso es inferior en los cuatro últimos dedos

>> Movilización pasiva (2)

La exploración se realiza de forma individual/analítica con cada articulación y cada dedo.

Existe un aumento de la amplitud articular en comparación con las cifras concluidas de las movilizaciones activas.

En la primera valoración no se aplica movimiento en el tercer dedo ya que el paciente refiere dolor agudo y la resistencia al esfuerzo del tendón aún es muy baja (21 días desde la intervención quirúrgica).

No existen acortamientos musculotendinosos en los dedos comprometidos en la inmovilización ortopédica.

>> Dolor

El paciente refiere un dolor agudo, de carácter intermitente que se localiza en el dorso de la mano izquierda, en el punto de sección del tendón. La intensidad del dolor se acentúa frente a; la movilización, actividad del miembro superior izquierdo y a la palpación del dorso de la mano. Tras un período de reposo aproximado de cincuenta minutos, el nivel de dolor disminuye notablemente.

>> Sensibilidad

La exploración sensitiva se lleva a cabo de forma bilateral y siempre de proximal a distal, en los dermatomas⁴ presentes en el segmento valorado. El paciente mantiene en todo momento los ojos cerrados. La aplicación de la intensidad del estímulo es gradual (mayor intensidad al inicio). Evaluación de los tipos de sensibilidad con interés fisiopatológico.

Tipos de sensibilidad	Prueba exploratoria
Táctil	Se emplea un algodón y se indica al paciente que confirme cuando percibe el estímulo.
Térmica	Se utilizan bolsas de frío y calor. Alternativamente se proporciona al paciente estímulos cutáneos que éste deberá identificar.
Dolorosa	Se utiliza un alfiler. El paciente debe identificar los estímulos nociceptivos.
Movimiento y posición ó cines-tésica	Brazo, antebrazo y de forma individual cada dedo de las manos son movidos pasivamente y el paciente debe reconocer la dirección del movimiento y la posición final del segmento explorado. Evitar que la presión en la piel sirva como guía para determinar la dirección del movimiento.
Vibratoria o palestésica	Se aplica un diapason en las prominencias óseas del miembro superior. Se observa la capacidad del paciente para percibir el cese de vibraciones.

Las sensaciones corticales y discriminatorias son impresiones sensitivas somáticas complejas, que requieren ser interpretadas por la corteza cerebral. Su

exploración se lleva a cabo mediante las pruebas de discriminación sensitiva.

- **Discriminación de dos puntos:** se toca simultáneamente en uno o dos puntos del segmento explorado con dos objetos punzantes.
- **Localización de un punto:** se toca la piel con un alfiler de punta roma y el paciente debe ser capaz de indicar la localización del estímulo.
- **Fenómeno de extinción:** Se dan dos toques simultáneos en lados opuestos del cuerpo pero en áreas idénticas.
- **Estereognosia:** el paciente, a través del tacto, debe identificar objetos cotidianos, basándose en su forma y estructura.
- **Grafestesia:** capacidad para identificar objetos dibujados sobre la piel con un alfiler de punta roma.

La exploración de las formas primarias de sensibilidad y de las sensaciones corticales y discriminatorias concluye resultados positivos, sin ausencia ni disminución de la percepción sensitiva del paciente. Sin embargo, éste refiere entumecimiento y hormigueo constantes, sin signos de enfermedad orgánica. Este conjunto de características son las descritas en la presencia de parestesias de Berger.

VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las características físicas y el predominio funcional derecho del paciente, favorecen el mantenimiento de un nivel alto de independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria, a pesar de la limitación temporal provocada por la lesión.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO
Disminuir el dolor.
Disminuir inflamación edematosa.
Prevenir aparición de bridas o adherencias cicatriciales.
Reducir la aparición de parestesias.
Recuperar rango articular.
Normalizar tono muscular.
Potenciar la fuerza muscular.

INTERVENCIÓN (5)**Semana 1**

El edema presente en mano y dedos, el estado de regeneración cicatricial y la presencia de dolor a la movilización son los objetivos iniciales de tratamiento.

- Pautas de posicionamiento: el paciente debe mantener el miembro superior izquierdo en un plano inclinado para reducir la inflamación edematosa. La mano debe mantenerse en su posición funcional.
- Drenaje linfático manual: masaje aplicado sobre todo el miembro superior izquierdo, comenzando en la

zona proximal. Se tiene en cuenta las fases de inspiración y espiración del paciente para aplicar la maniobra. Se combinan dos técnicas de drenaje, en un orden concreto de aplicación:

- Pases suaves: la mano se desliza por el miembro superior izquierdo de la zona distal a la proximal y viceversa, sin ejercer presión. Siempre se mantiene el contacto manual con la zona anatómica (una mano se desliza y la otra se mantiene en el extremo proximal ó distal del segmento según el sentido ascendente o descendente del deslizamiento).
- Movimiento antiedema: se apoyan las palmas de ambas manos sobre el segmento a tratar, el pulgar permanece en ángulo recto respecto al índice. Se empuja la piel hasta el estiramiento de las fascias musculares. Sin presionar con profundidad, pero procurando que dicho empuje se dirija hacia la desembocadura de la linfa.
- Pases suaves: son los descritos al inicio, siempre deben aplicarse en las zonas tratadas al finalizar el masaje.
- Masajes cicatriciales: el tipo de masaje aplicado es en zig-zag, colocando los dedos de las manos enfrentados a ambos lados de la cicatriz, deslizarlos hacia dentro formando en la cicatriz una "Z". Tiene efecto desfibrosante. El estado de regeneración que presenta la cicatriz, obliga a una aplicación muy suave del masaje para evitar roturas.

Semana 2 y 3

La evolución es positiva, y los objetivos anteriores van cumpliéndose por lo que es necesario avanzar en el plan de intervención.

- Isométricos en antebrazo: se realizan los siguientes ejercicios para fortalecer la musculatura localizada en el citado segmento corporal: (7)
 - Prono supinación de antebrazo con carga en muñeca. El peso de la misma aumenta de manera progresiva, al inicio es prácticamente inexistente.
 - Mantenimiento de carga (aplicación gradual) en ambas manos. El codo se mantiene en flexión a 90°.
- Hidroterapia: Se lleva a cabo durante la tercera semana, atendiendo a la mejoría de la cicatriz externa del dorso. Ya no presenta costra superficial ni tramos de herida abierta. Se introduce el antebrazo y la mano izquierda en agua caliente. Se inician movilizaciones activas muy suaves, de las articulaciones comprometidas funcionalmente.
- Estiramientos suaves con modificación de las posiciones de las articulaciones. Se comienza con flexión palmar de muñeca para ir, gradualmente, añadiendo la flexión de las articulaciones más distales.
- Movilizaciones pasivas

La regeneración cicatricial mejora sustancialmente, y ya no hay presencia de dolor en el movimiento, por lo que se comienza a movilizar de forma pasiva las articulaciones de muñeca y mano.

 - Los masajes cicatriciales se mantendrán durante esta fase, realizándolos antes de la movili-

ción pasiva, para beneficiarse de su efecto analgésico y de la estimulación que producen en el callo tendinoso.

- Aplicar presas o contrapesas firmes durante las movilizaciones por todo el arco articular pasivo.
- Se llevan a cabo, individualmente con cada articulación, todas las movilizaciones recogidas en la tabla de valoración de la movilidad, descrita en el punto de evaluación kinesiológica del presente artículo. Las movilizaciones serán suaves y progresivas, dentro del arco funcional de movimiento.
- Aprovechamiento de las sinergias existentes en la extensión y flexión de muñeca.
- Las movilizaciones se llevan a cabo atendiendo a los planos y ejes de movimiento.

**Semana 4**

La última fase de la intervención describe las siguientes técnicas.

- Movilizaciones activas

El paciente realiza de manera voluntaria todas las movilizaciones entrenadas de forma pasiva en la fase anterior de la rehabilitación.
- Capacidad funcional de la mano.
 - Una vez se ha recuperado el rango articular funcional, el siguiente paso es entrenar al paciente en la ejecución de la función de prensión. A través de la repetición de las diferentes presas y pinzas de precisión características de la función motora de la mano.
 - Entrenamiento de la capacidad de adaptación de la mano. Propuesta de ejercicios que fomenten el ahuecamiento de la misma, a través de la formación de unos arcos que se disponen en diferentes direcciones.

PROBLEMAS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO (9)

Al paciente, tras la intervención quirúrgica, no se le instruye en el mantenimiento de planos inclinados para el miembro inmovilizado. Como consecuencia refiere una inflamación edematosa en mano y dedos, que entorpece la recuperación durante la fase de rehabilitación postquirúrgica.

El tipo de inmovilización aplicada es un vendaje enyesado cerrado dispuesto desde el antebrazo en su parte proximal, hasta las falanges distales. Valorando que para garantizar la mínima repercusión del rango

⁴ Un dermatoma es una región cutánea inervada por una raíz o nervio dorsal de la medula espinal. La localización de una pérdida sensitiva puede establecerse sobre la piel, a modo de mapa, atendiendo a la distribución de los nervios en dichas regiones.

de movimiento hay que implicar el menor número de articulaciones posibles, la inmovilización de todas las de mano y muñeca resulta excesiva y perjudicial para este grado de lesión.

Un vendaje cerrado imposibilita el seguimiento del miembro lesionado durante el proceso de inmovilización. Siendo factible el desconocimiento de aparición de alteraciones en la vascularización, movilidad y sensibilidad en el segmento osteomuscular.

El tratamiento ortopédico se ha alargado durante tres semanas, periodo demasiado largo que perjudica la recuperación posterior de la funcionalidad del miembro afectado. La inmovilización prolongada en este caso supone una mayor pérdida de fuerza y masa muscular y una elevada restricción en el rango articular.

Tras la retirada del tratamiento ortopédico se observa que el proceso de cicatrización de la sutura aplicada en el dorso se ha visto alterado. Aún hay tramos de riesgo de apertura en la herida, y restos de costra superficial. El proceso de regeneración se alarga por la falta de transpiración de la herida y por tanto el inicio de las movilizaciones postquirúrgicas debe retrasarse.



CONCLUSIONES

- La recuperación articular es progresiva pero constante, llegando a recuperar todo el arco de movimiento de las articulaciones afectadas.
- La presencia de parestesias en mano y antebrazo, remite tras la aplicación de las pautas de posicionamiento en planos inclinados.

- La inflamación edematosa desaparece de forma gradual durante la primera semana de tratamiento.
- La musculatura del antebrazo gana en volumen y fuerza, acercándose a los niveles previos a la lesión.
- El tratamiento ortopédico constituye un alto factor condicionante en el éxito de la aplicación de la recuperación funcional postquirúrgica.
- Se lleva a cabo un seguimiento de la recuperación funcional y de la resistencia tendinosa al mes de concluir la rehabilitación postquirúrgica. La evolución de una lesión puede sufrir complicaciones tras el cese del tratamiento inicial, por lo que el seguimiento se justifica para garantizar una intervención completa.
- La mano tiene una gran representación a nivel funcional en la ejecución de las actividades de la vida diaria. Su función motora a través de la capacidad de prensión y oposición del pulgar. La función perceptiva que posibilita el reconocimiento de objetos. Su función expresiva que favorece la comunicación no verbal y la capacidad de adaptación que aporta a la función motora presas específicas y complejas. Una lesión tendinosa puede disminuir e incluso abolir cualquiera de estas funciones, comprometiendo el nivel de independencia en la rutina diaria. Dicha repercusión implica al terapeuta ocupacional en la intervención requerida para tratar la lesión.
- El terapeuta ocupacional, para garantizar un tratamiento adecuado y preciso de la disfunción presentada, debe conocer la patología a nivel clínico. Además, una formación continuada en anatomía, biomecánica y kinesología, respalda una intervención profesional, con un alto índice de recuperación para el paciente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Garrido Montañana R. Técnica manual para el drenaje linfático: teoría y práctica de las maniobras a realizar. Barcelona. Morales i Torres Editoriales, S.L. 2004
- (2) Daniels L. y Worthingham C. Pruebas funcionales musculares. 4ª edición. Nueva editorial Interamericana S.A. de C.V.
- (3) Fueyo Lorente A. Traumatología y Ortopedia. 13ª edición. Oviedo. Curso Intensivo MIR Asturias, S.L. 2008
- (4) Rodríguez Sanz F. III Exploración neurológica. [10-de Julio de 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/exploracion_neurolologica.pdf
- (5) Sanjurjo Castela G. Apuntes del curso de Kinesología aplicada en Terapia Ocupacional: miembros superiores. Oviedo, Forsalus. 2008.
- (6) Cailliet R. Anatomía funcional, biomecánica. Marban Librería Editorial. 2005
- (7) Downie P. Neurología para fisioterapeutas. Panamericana Editorial Médica. 1998
- (8) Kapandji A.I. Fisiología articular, tomo I. 6ª Edición. Editorial médica Panamericana.
- (9) Proyecto ISS-ASCOFAME. Guías de práctica clínica basada en la evidencia: lesiones traumáticas de la mano. Asociación colombiana de facultades de medicina.
- (10) Quesnot A. Chanussot J.C. Rehabilitación del miembro superior. Editorial médica Panamericana. 2010

Significados atribuidos a la ocupación de lectura en el tiempo libre.

Meanings attributed to the occupation of leisure time reading.

Proyecto de investigación

Melisa del Carmen Rodríguez. Licenciada en Terapia Ocupacional.
Ibis Romina Teramelli. Licenciada en Terapia Ocupacional.
Virginia Torres. Estudiante de Licenciatura en Terapia Ocupacional.
Correspondencia: rodriguezmelisa10@gmail.com



Recibido:
30-1-2011

Aceptado:
8-8-2011

Proyecto de Investigación ganador de la VIII Beca Susana Rodríguez

● RESUMEN

El Hospital de niños Dr. Orlando Alassia de la Ciudad de Santa Fe, cuenta desde el año 2007 con la Biblioteca Infanto-Juvenil "Sana, sana... colita de rana", para los niños/as y familiares que concurren a dicho nosocomio. Este espacio instala la lectura como nueva práctica recreativa, contribuyendo a la humanización del contexto hospitalario y atenuando el estrés del período de hospitalización. El objetivo del presente trabajo consiste en conocer el conjunto de significados que se construyen alrededor de la práctica de lectura en este hospital. Se considera necesario profundizar en las significaciones atribuidas por los niños, como también las de sus acompañantes y mediadores de lectura, pues éstas otorgan sentido a la participación en esta ocupación. La naturaleza de este trabajo es descriptiva con un abordaje cualitativo, dado que exige un conocimiento ligado a lo simbólico, la interpretación y la validez de tipo consensual de las "voces" de los participantes. Reconocer la narrativa de los niños, acompañantes y mediadores permitirá comprender sus experiencias de lectura en la hospitalización y evaluar la ocupación de lectura como intervención para promover el bienestar y calidad de vida en la hospitalización e incluso en otros contextos.

● PALABRAS CLAVES (DeCS)

Biblioterapia, proyecto de investigación, Terapia Ocupacional.

1. ACLARACION DE CONCEPTOS

LECTURA: adherimos al concepto de lectura planteado por la teoría Transaccional, "momento especial en el tiempo, que reúne un lector particular con un texto particular y en unas circunstancias también muy particulares que dan paso a la creación de un poema" (1).
MEDIADOR DE LECTURA: "es aquel o aquella que puede legitimar un deseo de leer no bien afianzado. Aquel o aquella que ayuda a traspasar umbrales, en diferentes momentos del recorrido. Ya sea profesional o voluntario, es también aquel o aquella que acompaña al lector en ese momento a menudo tan difícil, la elección del libro. Aquel que brinda una oportunidad de hacer hallazgos, dándoles movilidad a los acervos y ofreciendo consejos eventuales, sin deslizarse hacia una mediación de tipo pedagógico" (2,3).

2. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, de la ciudad de Santa Fe, se constituye como el campo de investigación.

● ABSTRACT

The Children's Hospital Dr. Orlando Alassia of the City of Santa Fe, has since 2007 with the Library of Children and Adolescents "Sana, sana ... colita de rana" for children and family attending the hospital. This space installed new practice reading as recreation, contributing to the humanization of the hospital setting and easing the stress of hospitalization period. The aim of this study is to know the set of meanings that are built around reading practice at this hospital. It is considered necessary to delve into the meanings attributed by the children, as well as those of his companions and reading mediators, because they make sense of participation in this occupation. The nature of this work is descriptive in a qualitative approach, since it requires a knowledge linked to the symbolic, the interpretation and validity of consensual type of the "voices" of participants. Recognizing children's fiction, chaperones and mediators will understand their reading experiences and evaluate hospitalization occupation reading as an intervention for promoting the welfare and quality of life in hospitalization and even in other contexts.

● KEY WORDS (MeSH)

Bibliotherapy, Occupational Therapy, research design.

Es un establecimiento de salud que ofrece distintas especialidades médicas y actúa como centro de referencia de la Ciudad. El presente trabajo se realizará en la Unidad de Cuidados Moderados e Intermedios (CIM) donde se encuentran internados pacientes cuyos requerimientos de atención son de mediana complejidad.

Durante la hospitalización el niño puede sufrir estrés derivado de una situación ambiental que implica una modificación en su rutina, la pérdida del ambiente familiar, intervenciones dolorosas, pérdida de actividades escolares, falta de estimulación social, etc. A su vez, la mayor cantidad de tiempo transcurre como tiempo no elegido donde existen problemas de restricción ocupacional. En la actualidad ha aumentado el interés de los profesionales de la salud que se desempeñan en contextos hospitalarios, por potenciar el bienestar psicofísico de sus pacientes fundamentalmente para disminuir el "estrés hospitalario". En concordancia con esta idea, el hospital Alassia ha incorporado en los últimos años el Área Recreativa. En este espacio se apuesta a la Salud desde la Recreación y tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del

niño dentro del hospital, disminuyendo la experiencia de dolor.

Luego de varios años de experiencias de Mediación de Lectura a cargo de voluntarias de Acción Educativa en el Área Recreativa, en el año 2006 la Universidad Nacional del Litoral (UNL) se suma a las actividades de lectura poniendo en marcha el Proyecto de creación de una Biblioteca para niños, niñas y sus familiares. El proyecto sostuvo la idea de Promoción de Lectura como actividad que preserve el "lado sano" del niño, apostando a una mirada de la Salud que incluye los afectos, la alegría y la necesidad de reparación.

La Universidad conformó un equipo interdisciplinario donde participaron 11 voluntarios de las carreras de Letras, Medicina y Terapia Ocupacional, donde participaron las autoras del presente trabajo.

La experiencia de prácticas de Lectura en el Hospital fueron diversas, consistió en visitas semanales en grupos de 2 o 3 mediadores. Algunos recorrieron los CIM cama por cama ofreciendo lectura, relatos orales y compañía en un espacio íntimo. Otros propusieron actividades grupales narrando y leyendo en salas de espera. Dos escenarios donde la mediación de lectura adquirió múltiples significados.

Luego de finalizar la participación en el proyecto de creación de la "Biblioteca Sana Sana" surgieron interrogantes a partir de la experiencia vivida en el hospital, los cuales giraban en torno a como expresar "lo no cuantificable", es decir recuperar las voces de los niños, los comentarios de sus acompañantes, los relatos de las enfermeras y mediadores.

Esta investigación se implementará para describir el conjunto de significados que se construyen alrededor de la práctica de lectura y no para reconocer el efecto producido por la Mediación de Lectura en el hospital. Por lo tanto la pregunta que guiará la investigación será: ¿cuáles son los significados de la ocupación de lectura atribuidos por los niños internados en los CIMs del Hospital de Niños, sus acompañantes y mediadores de lectura?

3. ANTECEDENTES

Luego de la revisión realizada en base al tema de interés (4,5 y 6), cabe destacar el desarrollo de investigaciones que existe con respecto al valor terapéutico de diversos programas tanto de Biblioterapia como de promoción de lectura en los ámbitos de hospitalización infantil. No obstante, no existen suficientes trabajos que den cuenta de la forma singular en que los niños significan la ocupación de lectura. Es necesario profundizar entonces en las valoraciones particulares que permiten y propician su participación en estas ocupaciones; es decir, las significaciones atribuidas por los niños, como así también, las de sus acompañantes y mediadores de lectura.

4. FUNDAMENTACIÓN

La herramienta de intervención que históricamente ha utilizado la terapia ocupacional ha sido la actividad con

significado. Por lo tanto es tarea fundamental de los profesionales de la disciplina comprender las percepciones particulares que dan sentido a las actividades y las configuran como ocupaciones.

El terapeuta ocupacional en el contexto hospitalario puede ocupar un rol clave para la promoción de la calidad de vida del individuo, ofreciendo ocupaciones que faciliten su interacción con el ambiente, familia y profesionales. Es necesario reafirmar esta nueva perspectiva de actuación del terapeuta tornada hacia la promoción de la salud y la calidad de vida ocupacional, para lo cual "es imperante comprender la narrativa del paciente como ser ocupacional. Es decir, construir a partir de sus relatos y experiencias el sistema de cómo el paciente le da significado a sus ocupaciones".

Por lo tanto reconocer la narrativa de los niños, acompañantes y mediadores permitirá describir los significados asociados a sus experiencias de lectura en la hospitalización. Obtener información aún no conocida sobre el significado de la ocupación de lectura, representará un avance en los aspectos teóricos y prácticos del ámbito disciplinar, ya que esta ocupación no forma parte del repertorio habitual de ocupaciones ofrecidas por los terapeutas ocupacionales.

Se va a ir tramando, entretejiendo con su cultura, sus códigos, su pasado de lecturas, sus anticipaciones también, sus equívocos, sus deseos... cada nueva lectura va a suponer una nueva reestructuración de ese espacio simbólico, va a suponer una relectura de lo ya leído... habrá cruces, evocaciones, contradicciones, ecos" (9).

5. OBJETIVOS

- General
 - Identificar el significado que adquiere la ocupación de lectura en el contexto de la hospitalización infantil.
- Específicos:
 - Interpretar la significación atribuida por los niños a la ocupación de lectura durante su internamiento.
 - Identificar qué significados atribuyen los acompañantes a la ocupación de lectura que realizan los niños/as a su cargo en el hospital.
 - Reconocer el significado que tiene para los mediadores de lectura la implementación de esta ocupación en el hospital.

6. METODOLOGÍA

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO: cualitativo y descriptivo

LUGAR: Hospital Dr. Orlando Alassia - Ciudad de Santa Fe - Argentina

DURACIÓN: dos meses.

MUESTRA: 18 participantes (6 niños, 6 acompañantes y 6 mediadores de lectura). Durante el periodo de recolección de datos (2 meses) la muestra será flexible

de sufrir variaciones incorporando nuevos participantes, en el caso de que los niños que hayan ingresado al estudio sean dados de alta.

PARTICIPANTES: Niños y Niñas internados/as. Acompañantes y Mediadores de lectura, los cuales participan de las actividades de lectura a cargo de la Biblioteca "Sana sana... colita de rana".



CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

SOBRE LOS NIÑOS/AS
<ul style="list-style-type: none"> - Niños de ambos sexos, entre los 7 y 14 años de edad puesto que en este margen etario claramente los niños pueden acceder a atribuir significado a sus experiencias. - Que se encuentren internados en los CIM del Hospital de niños Dr. O. Alassia en el momento de la recopilación de la información. - Que hayan tenido experiencias de mediación de lectura durante el periodo de internación. Este criterio se basa en el hecho de que requerimos de un proceso previo de los participantes con la ocupación de leer para que puedan significar la experiencia y compartirla. - Que estén interesados en participar del estudio y que cuenten con el consentimiento libre y esclarecido de sus responsables y/o tutores.
SOBRE LOS ACOMPAÑANTES
<ul style="list-style-type: none"> - Familiares o tutores/responsables de ambos sexos, mayores de edad. - Que se encuentren acompañando y/o al cuidado de niños/as internados en los CIM del Hospital de niños Dr. O. Alassia en el momento de la recopilación de la información. - Que hayan dado el consentimiento de participar en este trabajo de investigación.
SOBRE LOS MEDIADORES DE LECTURA
<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales y/o voluntarios de ambos sexos que realicen cualquier tipo de mediación de lectura (préstamos de libros, su narración oral y/o lectura) en los CIM del Hospital de niños Dr. O. Alassia en el momento de la recopilación de la información. - Con experiencia previa de mediación de lectura. - Que hayan dado el consentimiento de participar en este trabajo de investigación.

6.2. CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS

En este sentido se asegurará que los participantes comprendan el espíritu de la investigación, que comprendan el consentimiento informado y que quede claro los aspectos relativos a la confidencialidad, anonimato y la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación sin que esto tenga consecuencia alguna. Las técnicas de recolección de datos, no funciona si el sujeto no se apropia de la consigna, si no tiene un rol activo en el proceso de recolección de los relatos. La sensación de participación libre tiene un efecto evidente sobre el desarrollo de los encuentros, su ambiente distendido, la relación fluida con el investigador

y las maneras "comprometidas" de narrar de los participantes. A fin de preservar la identidad de los participantes al momento de recolección de la información se sustituirán los nombres de los mismos por letras y números: A (acompañantes), N (niños/as) y M (mediadores). La misma se realizará en base a un guión (guía de preguntas) que ayude a mantener la conversación centrada en los objetivos del estudio.

6.3. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS Y DE REGISTRO:

- OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.
- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

GUÍA PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
<p>Se indagará sobre categorías relacionadas a la atribución de significados otorgados a la lectura como: la importancia personal, los valores, creencias, definiciones, conceptualizaciones acerca de la lectura; así como la forma de leer y la percepción de la experiencia. Para indagar sobre estas categorías, se describen a continuación posibles preguntas a realizar durante las entrevistas.</p>
<p>Ejemplo para entrevista a NIÑOS</p> <p>Nombre: Edad: Tiempo y causa de internación: Acompañante: Escolaridad: Actividades de preferencia realizadas en su casa</p>

Sobre la lectura:
 ¿Quién te trae los libros para que leas?. ¿Qué haces cuando viene con los libros LA CHICA DE LOS LIBROS?. ¿Los eliges tu?. ¿O quién?
 ¿Leías antes en tu casa?. ¿En qué parte de tu casa?
 ¿En dónde lees ahora? (¿en tu habitación, cama, sillas o bajas a la biblioteca?)
 ¿Es lo mismo leer aquí, que en la escuela o en casa?. ¿Por qué?
 ¿Te gusta leer aquí en la cama/biblioteca?. ¿Por qué?
 ¿Cómo es leer en la habitación del hospital?. ¿Me harías un dibujo de ti leyendo?
 ¿Qué es la leer para ti? (definición)
 ¿En qué momento del día?
 ¿Cómo lees los libros?. ¿Te gusta que alguien te cuente o te lea, te gusta leer solo?. ¿Por qué?
 ¿Qué es lo que más te atrae de leer?. La tapa del libro/Ver las imágenes, conocer los personajes/Descubrir una historia/ Escuchar las historias
 ¿Cuáles son las historias que más te gustan? (animales, ciencia ficción, leyendas, clásicos, princesas, cotidianos, libro álbum, historietas, etc.). ¿Por qué?
 ¿Cómo te sientes cuando lees esas historias, esos libros?. ¿Más o menos divertido que la tele?. ¿Más o menos divertido que jugar con juguetes?. ¿Cuándo lees los cuentos que te recuerda, que piensas o como te sientes al leer?. Bien, satisfecho, relajado, nervioso, inquieto, con agrado, desagrado.
 ¿Para ti leer es bueno, importante?. ¿Por qué?. ¿Cómo es leer/escuchar una historia?
 Es: - Divertido/Como jugar un juego
 - Una obligación/Como hacer la tarea
 - Entretenido por un rato/Como ver dibujitos

Ejemplo para entrevista a ACOMPAÑANTE

Nombre:
 Edad:
 Ocupación:
 Escolaridad:
 Tiempo de acompañamiento al niño/a:
 ¿Conoce la biblioteca?. ¿Cómo se enteró de la existencia de la misma?
 ¿Al niño/a que tiene a su cargo le gusta leer?
 ¿Lee en su casa?. ¿En otro lugar?
 ¿Qué lee?. ¿Material para la escuela?. ¿Libros, revistas, de su interés?
 En el hospital, ¿lee más o menos en relación a la lectura de su casa? ¿Por qué le parece? ¿En qué momento del día lee en el hospital?. ¿Por qué en ese o esos momento/s?
 ¿Crees que el ambiente influye en la lectura? ¿Cómo?. ¿Por qué?
 ¿Cómo accede su niño/a a los libros?. ¿Se los alcanzan los mediadores a la habitación o va usted a buscarlos a la biblioteca del hospital?
 ¿Usted elige los libros o deja que sea su niño/a quien lo haga?. ¿Por qué?
 ¿Piensa que leer es importante para su niño?. ¿Por qué?
 ¿Usted lee?. ¿Qué lee?
 ¿Qué es leer para usted? Para UD la lectura es aprender, es entretenerse, es forma de comunicación...

Ejemplo para entrevista a MEDIADOR

Nombre:
 Edad:
 Ocupación:
 Tiempo que es mediador:
 ¿Por qué elegiste ser mediador de lectura?
 ¿Te gusta leer? ¿Qué es para ti la lectura?
 ¿Con qué la relacionas?
 Asociada a la escuela, el estudio, el aprendizaje
 Placer
 Distracción
 Pasar el tiempo
 Terapéutica
 Otras...
 ¿Crees que es bueno que la lectura esté presente en un medio hospitalario?. ¿Por qué?
 ¿De qué forma se presenta la lectura con los niños?
 ¿Qué forma de leer es la que se presenta con mayor frecuencia?
 ¿Crees que el ambiente influye en el desarrollo de la lectura?. ¿Cómo?. ¿Por qué?
 ¿El momento del día, influye en la lectura?. ¿Por qué?
 ¿Qué sentido le dan a la lectura los niños?. ¿Cómo puedes identificarlo?
 ¿Cómo se da la elección de un libro?. ¿Por qué?

6.4. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Selección del área temática	Actividades	Tiempo / semanas
Búsqueda de bibliografía y selección del lugar de investigación	Recopilación de libros, trabajos realizados y apuntes del área temática. Búsqueda de información relevante y antecedentes sobre el tema en sitios Web. Selección del lugar	Una semana
Plan de trabajo	Presentación del tema. Desarrollo de la fundamentación. Planteamiento del problema de investigación. Establecimiento de objetivos. Elaboración del Método de Trabajo	Dos semanas
Exploración del Campo.	Visita a la Biblioteca	Una semana
Elaboración del diseño metodológico.	Definición del tipo de estudio. Selección de métodos y técnicas de recolección de datos. Elaboración de Entrevistas	Dos semanas
Trabajo de Campo	Registro de datos	
	Recogida de datos	8 semanas



EXPLORACION DEL CAMPO

Para el presente trabajo se realizó un acercamiento a la institución y se estableció contacto con personas que trabajan en la Biblioteca Sana Sana. Se buscó el apoyo y la presentación de otros profesionales a través de la ex coordinadora del área recreativa, por ser una persona interesada en el tema y con status en la institución.

En esta etapa las alumnas conocieron el ambiente de la biblioteca, presenciaron situaciones de lectura, préstamos de libros y otras actividades recreativas junto con encargada actual de la biblioteca. Accedimos al libro de préstamos y se nos facilitó cartas escritas por los "lectores asiduos" de la biblioteca. Este primer acercamiento con la población del estudio nos permitió identificar que tipo de técnicas serían convenientes para realizar la recolección de datos.

ANALISIS DE DATOS

Los métodos de recolección que serán utilizados otorgarán datos extensos, no numéricos sino descriptivos, acerca de los procesos evidenciados durante la participación de situaciones de lectura.

Para su análisis, seguiremos el procedimiento ideado por la Dra. María Teresa Sirvent (10) sobre el método comparativo constante. De esta manera la primera etapa de este proceso consistirá en la transcripción de todos los materiales empíricos disponibles. Para lo cual se necesitará en primer lugar realizar las transcripciones de las entrevistas y de las observaciones participantes realizando un examen minucioso de cada una de ellas. La información será registrada en tres columnas. La primera, de registro, se colocará lo observado en las situaciones de lectura de los niños/as, sus acompañantes y los mediadores atendiendo a cómo se comportan los diferentes participantes en la misma situación, actitudes y formas observables de participación en la ocupación, así como las respuestas obtenidas de las entrevistas realizadas.

La segunda columna corresponde a los comentarios. Se registrarán las reacciones, emociones, pre - conceptos, sensaciones y valoraciones, fruto de una expresión subjetiva de la realidad estudiada.

Accesibilidad turística en Oviedo. Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias.

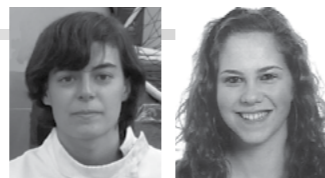
Tourist accessibility in Oviedo. Fine Arts Museum of Asturias.

Caso Práctico

Belén Prieto López. Graduada en Terapia Ocupacional. Oviedo. Asturias.

Andrea García García. Graduada en Terapia Ocupacional. Centro Polivalente de Recursos de Taramundi. Asturias.

Correspondencia: belenpri@hotmail.com - andrea.garciagarcia@hotmail.com



Recibido:
8-7-2011

Aceptado:
20-10-2011

RESUMEN

El presente artículo corresponde a un fragmento de un Trabajo Fin de Grado en el que se realizó un análisis pormenorizado de diferentes itinerarios, establecimientos e instituciones que tienen una importancia turística en la ciudad de Oviedo. Por ello, aparecen referencias a itinerarios y otros establecimientos. Esta información no se ha eliminado porque ha sido de vital importancia para desarrollar el análisis del Museo. Se ha decidido centrar el artículo en el grado de accesibilidad del Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias. Con este estudio se identificaron las principales barreras de los espacios del museo y las dificultades causadas por dichas barreras. Además se explica el término de Accesibilidad Universal y la relevancia de la Terapia Ocupacional en este ámbito.

PALABRAS CLAVES (DeCS)

Estructuras de acceso, Participación Social, Planificación Ambiental, Terapia Ocupacional.

1. INTRODUCCIÓN

En el artículo se lleva a cabo un análisis de las características de los distintos espacios que conforman el Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias. Se resalta la importancia de que los espacios se diseñen de acuerdo con criterios de accesibilidad, dado que el entorno físico va a modular en gran medida la posibilidad de utilizar dicho espacio de manera independiente y en condiciones de seguridad y comodidad. La Terapia Ocupacional (TO) considera que la accesibilidad de los espacios culturales, como los museos o los monumentos, tiene una gran relevancia, ya que va a condicionar distintas áreas de ocupación de la persona, como son: la participación social, la educación informal y el ocio o tiempo libre. El propósito de este estudio ha sido poner de manifiesto la importancia del cumplimiento de la legislación en materia de accesibilidad, destacar el papel del terapeuta ocupacional en este ámbito y aportar información sobre un espacio de interés cultural para favorecer la utilización del mismo.

2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se ha realizado debido a la gran falta de información existente sobre la accesibilidad en lo referente al turismo y mucho más al turismo cultural. Se considera que es un campo olvidado pero que resulta de interés para el conjunto de la sociedad. Como se explicará y desarrollará posteriormente, el turismo cultural engloba ciertas áreas de la persona importantes

ABSTRACT

This article is a fragment of a Final Degree Project which conducted a detailed analysis of different routes, facilities and institutions that have a wide importance at the level of tourism in the city of Oviedo. Therefore, there are references to routes and other establishments. This information has not been removed because it is of vital importance to develop the analysis of the Museum. It has been decided to focus the article in the accessibility degree of the Museum of "Bellas Artes" of the Principality of Asturias. This study identified the main barriers of the spaces of the museum and the difficulties caused by these barriers. It also explains the term Universal Accessibility and the relevance of Occupational Therapy in this area.

KEY WORDS (MeSH)

Architectural Accessibility, Environment Design, Occupational Therapy, Social Participation.

para poder desarrollar su vida de forma completa e independiente. Como terapeutas ocupacionales esto es un campo de actuación y a partir de aquí ha partido la idea de la realización de este proyecto.

3. ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

La accesibilidad universal supone que los productos y espacios sean utilizables y practicables para el mayor número de personas posible en condiciones de seguridad y comodidad, independientemente de las características funcionales del usuario. Que los espacios cumplan con los criterios de accesibilidad es un hecho que beneficia a todo el conjunto de la población, y no sólo al colectivo de las personas con discapacidad. En relación a ello está el diseño universal. Día a día se disfruta de elementos que facilitan la utilización de espacios (ascensores, puertas automáticas, etc.) y se encuentran barreras arquitectónicas (suelo deslizante, escalones sin señalizar...). Es frecuente que las personas se percaten de los elementos no accesibles únicamente cuando éstos resultan una barrera (por ejemplo, cuando se transporta un carro; cuando, por una lesión, se debe utilizar silla de ruedas o muletas, cuando temporalmente se tiene una afección ocular, etc.). En ese momento se repara en todos los espacios a los que únicamente se puede acceder por escalera, en la cantidad de puertas de vidrio transparente sin señalizar, en lo estrecho de las aceras, los elementos que interrumpen o impiden el paso (carteles de restaurantes, terrazas, mobiliario urbano...).

En el estudio llevado a cabo para el desarrollo de este artículo, y más concretamente en las entrevistas, se ha hecho patente el desconocimiento de las personas sobre qué elementos suponen una barrera o sobre qué características debería reunir un espacio para ser accesible.



4. TERAPIA OCUPACIONAL

La TO busca la máxima independencia de la persona y, para lograrla, trabaja a través de las siguientes vías: actividades significativas, actividades propositivas, ocupaciones, adaptación de la actividad, utilización de productos de apoyo y **adaptación del entorno**. Durante todo el proceso el terapeuta ocupacional actúa como facilitador, colaborando con el usuario, tomando este último parte activa en su proceso de recuperación como protagonista del mismo. El fin último perseguido por la TO es que la persona logre una participación satisfactoria en los distintos roles que componen su vida mediante su implicación en la ocupación. Siempre que el entorno module el desempeño ocupacional de la persona, el terapeuta ocupacional deberá actuar para tratar de eliminar las barreras existentes y generar un espacio accesible y facilitador.

5. ENTORNO FÍSICO

El entorno físico va a condicionar que la persona sea independiente o no, que pueda realizar una actividad determinada sin ayuda de terceras personas. Por este motivo es un elemento a tratar desde el punto de vista de la TO. Al centrarse este artículo en el Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias, es decir, en el campo del turismo cultural, que un determinado espacio sea accesible, o no, va a permitir o limitar en la persona las siguientes áreas de ocupación:

- Educación: más concretamente la participación en la educación informal, ya que este artículo se concentra en el turismo cultural, que aporta conocimiento sobre el pasado arquitectónico y las costumbres de la ciudad.
- Ocio y tiempo libre: tanto en la exploración del ocio (ya que es necesario que exista información adecuada sobre las distintas rutas y monumentos para poder planificar una actividad), como en la

participación (ya que la existencia de barreras en los espacios turísticos limita o impide el disfrute de los mismos).

- Participación social: ya que el turismo es una actividad que suele realizarse con familiares y amigos, por lo que el poder planificar y realizar actividades turísticas en las que pueda participar todo un grupo, con independencia de sus características funcionales, es básico para lograr una participación social satisfactoria.

6. METODOLOGÍA

1ª Fase. Documentación: Se realizó una búsqueda de bibliografía y documentación relacionada con la accesibilidad, más concretamente estudios realizados sobre la ciudad de Oviedo (ver bibliografía). Con esta búsqueda se pretendió averiguar si la temática del artículo era novedosa o si iba a partir de investigaciones previas. La conclusión a la que se llegó es que existe mucha información sobre accesibilidad a nivel general, pero no tan específica como se pretendía con este estudio, es decir, de instituciones, edificios e itinerarios urbanos en sí.

2ª Fase. Contacto y asesoramiento: Se estableció contacto con: el Museo de Bellas Artes de Asturias, distintas asociaciones, hoteles, museos y restaurantes a través de correo electrónico, llamadas telefónicas y visita a las sedes de las mismas. En este primer acercamiento se realiza una breve presentación del proyecto, una enumeración de los objetivos perseguidos por el mismo y una descripción de la metodología a seguir.

Estos objetivos son:

Objetivos Generales

- Potenciar el ocio y tiempo libre a nivel cultural en la ciudad de Oviedo.
- Facilitar la participación social de todos los componentes de la sociedad en la ciudad de Oviedo.
- Favorecer la educación informal de todos los ciudadanos a través de programas culturales en la ciudad de Oviedo.

Objetivos Específicos

- Evidenciar el estado de accesibilidad de los espacios analizados.
- **Asociaciones:** En las distintas reuniones con las asociaciones se buscó obtener información sobre las necesidades del colectivo al que representan, tanto su opinión como agrupación como la de alguno de sus socios. Para sistematizar esta recogida de información se desarrollaron encuestas con preguntas muy básicas y generales para que la persona describiera de manera lo más pormenorizada posible las barreras y facilitadores que se encuentra en su entorno durante el desempeño de sus actividades diarias (se les preguntaba sobre las barreras / facilitadores que existen en un museo cuando se acude al mismo, barreras / facilitadores que existen en un restaurante, en la calle,...) Otra finalidad del encuentro con las asociaciones era la obtención de bibliografía, con el propósito de aumentar el número de fuentes documentales sobre la temática de este proyecto. Tanto la recogida de documentación como la de opinión se ha visto li-

mitada por la escasa respuesta de las asociaciones, contando este proyecto únicamente con la colaboración de la Asociación de Retinosis Pigmentaria del Principado de Asturias y de ASPAYM.

- **Museos:** Previamente a la toma de medidas de los distintos espacios del Museo de Bellas Artes del Principado de Asturias, se desarrolló un instrumento de valoración para facilitar y sistematizar la dinámica de recogida de datos.

Este instrumento ha sido desarrollado de acuerdo con la información extraída de la legislación, los datos facilitados por las asociaciones y la bibliografía consultada.

- **Hoteles:** Previamente a la toma de medidas de los distintos espacios de los hoteles, se desarrolla un instrumento de valoración para facilitar y sistematizar la dinámica de recogida de datos.

- **Restaurantes:** Para su estudio se desarrolló un instrumento de valoración, pero dado que ningún restaurante se prestó a colaborar no hay análisis de este tipo de establecimientos.

3ª Fase. Estudio de campo: Esta fase se subdivide a su vez en dos etapas:

- **Estudio de los itinerarios urbanos:** Se fijan una serie de itinerarios en la ciudad de Oviedo que parten de los puntos de llegada al mismo (estación de tren y estación de autobús) y discurren por los principales puntos de interés cultural que la ciudad ofrece. Una vez delimitados los itinerarios a estudiar se realiza una toma de medidas y una descripción pormenorizada de los distintos elementos urbanos que componen la vía.

- **Estudio de los establecimientos e instituciones colaboradoras:** Se realizó una reunión con el responsable del establecimiento, en este caso la responsable del Museo de Bellas Artes, en la que se recogen datos sobre los servicios ofrecidos por el mismo (conocimiento de la lengua de signos española -LSE-, disponibilidad de bucles de inducción magnética, etc.). A continuación se llevó a cabo la recogida de datos (medidas) de los distintos espacios del establecimiento, las cuales son recogidas en el instrumento de valoración creado previamente.

4ª Fase. Análisis de resultados: Esta fase se subdivide en dos etapas:

- **Datos de los itinerarios urbanos:** A partir del estudio realizado de las distintas vías que componen los itinerarios se desarrollan dos elementos en los que se recoge la información obtenida: un plano y un documento descriptivo.

A) *Plano:* Está compuesto por un mapa en el que aparecen iconos con los distintos elementos que se encuentran en los itinerarios, así como una leyenda en la que figura una fotografía de cada elemento, con su icono correspondiente y una descripción del mismo.

B) *Documento descriptivo:* Constituye una explicación pormenorizada de cada una de las vías que componen los itinerarios, complementando la información ofrecida en el plano.

- **Datos de los establecimientos e instituciones:** Con la información obtenida en la valoración

de la accesibilidad de los establecimientos y las instituciones se creó un documento descriptivo de los distintos espacios estudiados. Se realizó un análisis de las limitaciones que se encuentran en cada espacio a estudiar según las características del individuo; reseñando los problemas a nivel visual, de movilidad, de complejidad del espacio, características sonoras, etc., con el fin de establecer una información útil a estas personas para que conozcan de antemano las características del espacio.

5ª Fase. Opiniones: En este punto se reflejan las opiniones ofrecidas por los socios de las distintas agrupaciones colaboradoras.

Materiales utilizados:

- Planos de la ciudad de Oviedo.
- Instrumento de valoración creado para facilitar el estudio de los distintos espacios a analizar. Estos instrumentos se han realizado tras estudiar la bibliografía analizada anteriormente.
- Encuestas sobre accesibilidad, creadas para que sean contestadas por las distintas asociaciones y por los usuarios de las mismas.
- Se crea un logotipo para representar el estudio. El logotipo representa la silueta de la catedral de Oviedo en color negro con el fondo blanco. De esta forma se quiere representar que una realidad puede percibirse de diversas formas, pero no por ello deja de ser identificable. Este logotipo se incluye en los distintos documentos de presentación entregados a hoteles, restaurantes y asociaciones.

7. MUSEO DE BELLAS ARTES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

A continuación se ofrece una reseña de las principales barreras encontradas en las salas que componen este museo. Toda la información explicada se ha conseguido mediante entrevista a una persona del propio museo cualificada para ofrecerla y visitando la página web del propio museo:

- El museo no cuenta con página web accesible, si bien ésta fue diseñada hace 10 años y según informaciones internas está prevista una modificación que incluya elementos de accesibilidad.
- Ningún trabajador conoce la lengua de signos española.
- El museo cuenta seis veces al año con visitas guiadas en lengua de signos española. Estas visitas tienen una duración de una hora y se realizan en grupos de un máximo de 15 personas. La persona debe inscribirse previamente y únicamente puede acudir a dos de estas visitas, a no ser que existan plazas libres en alguno de los turnos.
- También se realizan seis visitas guiadas con audiodescripción. Según la Asociación de Retinosis Pigmentaria del Principado de Asturias, no se cubre la demanda para acudir al museo con este número tan limitado de visitas. Además, estas personas están limitadas a acudir los días exactos que se dictan y sólo dos veces.
- Una vez al año se lleva a cabo una visita guiada y un taller adaptado para personas con discapacidad intelectual. Esta actividad dura unas 2

horas y se realiza con un grupo de no más de 15 personas. La información sobre estas visitas se encuentra en unos folletos distribuidos por el propio Museo.

- El museo no cuenta con ningún tipo de información en Braille, ni con folletos en letra de mayor tamaño y contraste.

- No se han redactado folletos según las directrices de "Lectura fácil".

- El museo carece de audioguías y signoguías.

- No hay reproducciones de las obras en altorrelieve, pese a que se ha mostrado interés por parte del museo.

- En el mostrador no existe bucle de inducción magnética, que permite la recepción de la señal acústica directamente por el audífono, evitando interferencias.

- Cuentan con una silla de ruedas para hacer uso de ella en caso de necesidad.

8. VALORACIÓN DE LOS ESPACIOS DEL MUSEO COMPARADA CON LA LEY DE ACCESIBILIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Entrada	
Nivel visual	Escalón de entrada sin contraste ni señalización podotáctil Puertas de cristal sin marca contrastada
Nivel de movilidad	Ausencia de rampa fija
Nivel cognitivo	Falta de señalización que clarifique la ubicación de la entrada del museo
Recepción	
Nivel visual	Estanterías móviles y mal contrastadas Dificultad para localizar expositores mediante bastón Falta de folletos en Braille o con letra grande y contrastada
Nivel de movilidad	Felpudo no enrasado ni anclado
Nivel cognitivo	Falta de información en modo "Lectura Fácil"
Servicios	
Nivel visual	Falta de contraste Icono de pequeño tamaño
Altura de los objetos	Secamanos situado a demasiada altura
Nivel de movilidad	Dimensiones reducidas Falta de barras de apoyo
Planta baja	
Nivel visual	Puertas de vidrio transparente sin señalización Carteles explicativos a baja altura y con letra pequeña Falta de contraste entre pared y carteles
Nivel de movilidad	Falta de espacio inferior de aproximación en la mesa central
Sala de descanso	
Nivel visual	Escaleras de acceso sin señalización Falta de contraste entre huella y tabica Falta de contraste entre suelo y pared
Nivel de movilidad	Acceso exclusivo por escaleras Superficie de las escaleras irregular
Altura de los objetos	Los botones y la pantalla de la máquina expendedora se encuentran a demasiada altura
Sala de exposiciones 1	
Nivel visual	Carteles informativos con letra de pequeño tamaño
Ascensor	
Nivel visual	Situado en un espacio con mala iluminación Icono de pequeño tamaño, demasiado alto y sin contraste Falta de contraste entre puerta y pared Falta de contraste en el interior de la cabina

Ascensor	
Nivel visual	Carece de señalización acústica (planta en la que se encuentra o sentido de la marcha)
Nivel de movilidad	Puerta demasiado estrecha Carece de pasamanos continuo en la cabina
Altura de los objetos	Botones situados a demasiada altura
Escaleras	
Nivel visual	Falta de señalización Falta de contraste entre huella y tabica
Nivel de movilidad	Tramos demasiado largos entre descansillos
Altura de los objetos	Pasamanos único situado a demasiada altura
Primera planta	
Espacio central	
Nivel visual	Acceso por puerta de vidrio transparente sin señalizar Descenso brusco de iluminación Carteles informativos con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared
Sala 2	
Nivel visual	Falta de contraste entre el mobiliario y el entorno Carteles con letras de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared
Sala 3	
Nivel visual	Falta de contraste entre el mobiliario y el entorno Carteles con letras de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared
Sala 4	
Nivel visual	Falta de contraste entre el mobiliario y el entorno Carteles con letras de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared
Altura de objetos	Mesa expositora demasiado alta
Escaleras de piedra	
Nivel visual	Mala iluminación Carece de señalización (cromática o podotáctil) Falta de contraste entre huella y tabica
Altura de los objetos	Pasamanos único y situado a demasiada altura
Ascensor primera planta	
Nivel visual	Situado en una zona mal iluminada Falta de contraste entre puerta y pared
General	El espacio junto al ascensor se encuentra ocupado por diversos objetos
Área de descanso primera planta	
Nivel visual	Suelo brillante Falta de contraste entre mobiliario y entorno
Nivel de movilidad	Sillas inestables y de estructura extraña
General	Suelo deslizante

Escaleras de madera	
Nivel visual	Falta de señalización (cromática o podotáctil) Falta de contraste entre huella y tabica
Nivel de movilidad	Tramos muy extensos entre descansillos
Altura de objetos	Pasamanos único situado a demasiada altura
General	Las barandillas de los descansillos son escalables
Segunda planta	
Nivel visual	Puerta transparente sin señalización Cambio brusco de iluminación Falta de contraste entre suelo y pared
Ascensor segunda planta	
Nivel visual	Se encuentra en un espacio con escasa iluminación
Sala 5	
Nivel visual	Mobiliario mal contrastado con el entorno Carteles con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared Cambio brusco de iluminación
Sala 6	
Nivel visual	Iluminación de poca intensidad Mobiliario mal contrastado con el entorno Carteles con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared
General	Las contraventanas obstruyen la zona de paso
Sala 7	
Nivel visual	Mobiliario mal contrastado con el entorno Carteles informativos con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared
Sala 8	
Nivel visual	Mobiliario mal contrastado con el entorno Carteles informativos con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared
Patio	
Nivel visual	Mobiliario mal contrastado con el entorno Carteles informativos con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared Icono de señalización de la biblioteca de pequeño tamaño
Sala 9	
Nivel visual	Carteles informativos con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre carteles y pared Falta de contraste entre suelo y pared
Altura de los objetos	Mesa expositora a demasiada altura
Sala 10	
Nivel visual	Carteles informativos con letra de pequeño tamaño Falta de contraste entre suelo y pared
General	Las contraventanas obstruyen la zona de paso

CONCLUSIONES

En las distintas entrevistas con asociados y con miembros de las entidades estudiadas ha salido a la luz un desconocimiento manifiesto sobre la repercusión que tiene la accesibilidad en el desempeño ocupacional de las personas. A pesar de existir legislación sobre accesibilidad y con un régimen sancionador, en muchas ocasiones, los propios responsables de los espacios no

conocen qué elementos suponen una barrera y la manera de subsanarlas, describiendo como accesibles espacios que no llegan a ser ni siquiera practicables. Gran parte de las barreras que se han detectado en el análisis de accesibilidad son fácilmente evitables.

Por otro lado se ha constatado, mediante las encuestas realizadas a afectados por la falta de accesibilidad en distintos organismos y a través de las entrevistas con los representantes de las instituciones y las asociaciones colaboradoras, que a muchas personas les gustaría mejorar el grado de accesibilidad de los espacios de los que son responsables, pero desconocen la manera de hacerlo, a qué lugares o a qué profesionales acudir para formarse en temas de eliminación de barreras arquitectónicas. Según los datos se manifiesta que si aumentara el grado de información y se realizaran actividades de información y sensibilización sobre la importancia de la accesibilidad, las barreras arquitectónicas disminuirían, ya que el problema no es la actitud de los responsables, sino el desconocimiento de los mismos acerca de las distintas barreras que se encuentran las personas con discapacidad. Por ello es fundamental la presencia de un terapeuta ocupacional, como asesor-consultor de dichos establecimientos (incluso de las asociaciones), con conocimientos técnicos acerca de las limitaciones de las diferentes discapacidades y con recursos suficientes para su modificación y/o adaptación. Ya que un terapeuta ocupacional piensa en la persona, con todas sus características específicas. Por esta razón, tendrá en cuenta cuestiones más minuciosas a la hora de asesorar en esta materia. De esta manera, no realizará ni propondrá cambios a nivel general, sino de forma más detallada, para que se tengan en cuenta hasta las más mínimas características para que todas las personas puedan desarrollarse y desenvolverse con normalidad en su vida diaria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Centro de Turismo de Madrid E.M. Madrid para todos. Guía de turismo accesible. Madrid: Promoción Madrid S.A. 2009.
- 2 Ley del Principado de Asturias de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras, en los ámbitos urbanístico y arquitectónico. Ley 5/1995, de 6 de abril. Boletín Oficial de Principado de Asturias, nº 134, (11-6-2003).
- 3 Junta de Castilla y León. Guía de alojamientos turísticos accesibles. Castilla y León. 2009.
- 4 Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Ley 51/2003 de 2 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 289, (3-12-2003).
- 5 Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos (PREDIF). Atención al cliente con necesidades especiales. 2009
- 6 Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos (PREDIF). Cómo hacer los restaurantes accesibles para personas con movilidad reducida. Madrid. 2009.
- 7 Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos (PREDIF), ASPAYM Murcia y Región de Murcia. Guía de Hoteles accesibles de la Región de Murcia. 2010.
- 8 Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos (PREDIF). Monumentos, museos y puntos de interés turístico. Accesibles para Todos. 2010
- 9 Revista Plataforma. 2010. Nº 74.
- 10 Revista Plataforma. 2010. Nº 73.
- 11 Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos (PREDIF). Un municipio para Todos. Guía de buenas prácticas. Madrid. 2009.
- 12 Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos (PREDIF). Restaurantes accesibles para todos. 2009
- 13 Principado de Asturias. Turismo sin Barreras. Guía para disfrutar Asturias sin barreras. Oviedo. Sociedad Regional de Turismo. Principado de Asturias. 2010.

Intervención de Terapia Ocupacional en Programas de Cooperación Internacional.

Occupational Therapy Intervention in International Cooperation Programs.

Proyecto de intervención

Tamara Muñiz Núñez. Graduada en Terapia Ocupacional. Oviedo. Asturias.
Correspondencia: nahua_astur@hotmail.com



Recibido:
6-7-2011

Aceptado:
8-8-2011

RESUMEN

El artículo que a continuación se describe se fundamenta en la aplicación de Terapia Ocupacional en cooperación internacional, basado en la experiencia de Inmaculada Zango Martín, en su evaluación sobre el primer centro de Terapia Ocupacional para personas con enfermedad mental en Burkina Faso e investigación sobre la implicación del VIH-SIDA en el desempeño ocupacional de las personas afectadas en dicho país africano.

PALABRAS CLAVES (DeCS)

África, Cooperación Internacional, Terapia Ocupacional, VIH.

INTRODUCCIÓN

1. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Es significativa la intervención desde Terapia Ocupacional en VIH-SIDA y su repercusión en el continente africano, debido a que es una epidemia que aún después de treinta años desde el primer diagnóstico, el número de personas con VIH-SIDA, nuevos contagios y muertes por esta enfermedad, sigue aumentando, según muestran los datos del Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA, siendo el epicentro de la pandemia África (mayoritariamente en África subsahariana), aunque se está incrementando el número de casos en Asia y Europa del Este. Cabe resaltar que en relación con esta patología se han producido diversos avances desde 2001, pero hay que tener en cuenta que estamos frente a una enfermedad para la que no existen vacunas ni remedios eficaces para la curación. Se conocen los medios de contagio y las medidas preventivas pero los programas de prevención solo llegan a una minoría. En cuanto el acceso a los tratamientos y a la atención, ha aumentado significativamente en los últimos años, pero no es suficiente para frenar la epidemia y su impacto en las personas y comunidades.

Para trabajar en un Proyecto de Cooperación al Desarrollo, se debe saber el tipo de desarrollo, es decir, el proceso de cambio social, económico, político, cultural, etc. (en el que se requiere de una organización participativa y de la utilización democrática del poder para todos los miembros de una comunidad) que se pretende promover, así como, los objetivos que se deben obtener con ese proyecto.

ABSTRACT

The article described below is based on the application of Occupational Therapy in international cooperation, based on the experience of Zango Inmaculada Martin, in his first assessment of the occupational therapy center for people with mental illness in Burkina Faso and research on involvement of HIV-AIDS in the occupational performance of people living in that African country.

KEY WORDS (MeSH)

Africa, International Cooperation, HIV, Occupational Therapy.

La Terapia Ocupacional puede ser una disciplina con capacidad para mejorar la situación vivida por las personas con limitaciones ocupacionales, y que en algunos lugares, dicha limitación ocupacional, aproxima a las personas a una situación de marginalidad, exclusión y desafiación o viceversa. Es por tanto, en este tipo de contextos, en el que se focalizan las políticas de cooperación, en los que se debería de intervenir.

- Adoptar un compromiso como profesionales en la creación de sociedades inclusivas creyendo y trabajando por el cambio social.

- Profundizar en el conocimiento del contexto en el que se realiza la intervención para dar respuestas culturalmente significativas.

- Abogar por el conocimiento adquirido de la práctica, consolidando el vínculo entre la teoría y la investigación.

- Centrar el objetivo de nuestra profesión en la ocupación como eje para conservar nuestra identidad y competencia.

- Tener en cuenta que existe el riesgo de importar nuestra propia cultura y como consecuencia modelos de comportamientos y significados que podrían desbaratar el modo de vida de un pueblo.

Consideraciones para fomentar la intervención desde la Terapia Ocupacional dentro del marco de la cooperación al desarrollo

2. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL CON PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH-SIDA

Se debe trabajar por el cambio social por lo que hay que tener en cuenta el estigma vinculado con el VIH que crea actitudes negativas hacia las personas infectadas y hacia las afectadas por el SIDA. Este problema

produce el miedo a la estigmatización que es un fuerte obstáculo para la prevención, atención y tratamiento de muchas personas que viven con el VIH-SIDA. El estigma y la discriminación figuran entre las peores consecuencias de la epidemia. Si a las personas con VIH-SIDA se les excluye, tenderán a alejarse del sistema sanitario y por tanto, estarán menos informadas y cuidadas. El estigma provoca el abandono de ciertas ocupaciones como actividades de autocuidado, productividad y ocio, vinculando a la persona a una situación de pobreza, entendida como "la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica a la pobreza" (Sen, 2000, p.114). De este modo la injusticia ocupacional y la privación ocupacional son situaciones que afianzan la situación de pobreza.

En relación con los términos de injusticia y privación ocupacional, se encuentra el término de apartheid ocupacional. El apartheid ocupacional se refiere a la segregación de grupos de personas mediante la restricción o negación de su acceso a una participación digna y significativa en las ocupaciones de la vida diaria, basada en la raza, color, discapacidad, procedencia nacional, edad, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas, estatus en la sociedad u otras características. Sus consecuencias sociales, culturales y económicas, sistemáticas y dominantes, ponen en peligro la salud y bienestar de individuos, comunidades y sociedades. El apartheid ocupacional describe circunstancias que van más allá de la privación ocupacional¹, aunque esta puede contribuir al apartheid o derivar de éste. El apartheid ocupacional no se debería confundir con la política de apartheid practicada en el antiguo régimen de Sudáfrica. En este caso se refiere a la segregación sistemática de algunas personas de las oportunidades de ocupación. El apartheid sudafricano a través de la política (que se convirtió en ley en 1948), la población minoritaria de raza blanca dominante negaba legalmente la ciudadanía, la propiedad de la tierra y los derechos democráticos a la mayoría de raza negra.

Por lo tanto, se marca la diferencia que existe entre apartheid ocupacional e injusticia ocupacional. La injusticia ocupacional se da "cuando la participación en la ocupación se limita, confina, restringe, segrega, prohíbe, subdesarrolla, deteriora, aliena, margina, explota, excluye o limita de cualquier modo". Aunque los términos son complementarios, las injusticias ocupacionales se dan dentro de un sistema de apartheid ocupacional. El apartheid ocupacional está dentro de las prácticas económicas, sociales y culturales, y por lo tanto, se relaciona con el estado de ánimo, individual y colectivo y con la actitud del entorno. Por lo que, los problemas que engendra se deben enfrentar y superar desde la esfera individual, social y de la comunidad.

Se puede decir que el objetivo principal desde la Terapia Ocupacional es crear entornos y condiciones que hagan posible que las personas participen en las tareas del día a día. Crear oportunidades de trabajo es esencial para evitar el apartheid ocupacional y conseguir la justicia ocupacional. Por lo que los terapeutas ocupacionales deberían identificar, apoyar e implantar iniciativas que

eviten la aparición del apartheid ocupacional y así crear una sociedad ocupacional justa, que es aquella donde existen oportunidades para todos los individuos y grupos sin importar las aptitudes, las enfermedades, la edad y la posición socio-económica.



Uno de los beneficios de conseguir una sociedad justa desde la Terapia Ocupacional (disciplina de análisis de la ocupación y sus implicaciones en la salud), es el fomento de la salud, debido a que se han reconocido los beneficios que implican la ocupación en la salud y el bienestar. La Terapia Ocupacional considera a los seres humanos como seres ocupacionales, y refleja que tener una ocupación digna y que dé significado a la existencia de la persona es tan fundamental para la salud y el bienestar como comer, beber y ser amado. Las personas tienen el potencial de la participación de las tareas y actividades de la vida diaria, inciden en el funcionamiento más saludable y satisfactorio de los individuos. Desde el Marco de Trabajo para la práctica en Terapia Ocupacional, las personas se pueden considerar desde el punto de vista de población como personas con enfermedad crónica en condiciones de incapacidad. Desde este Marco de Trabajo se plantea la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud y la participación de la población mediante un compromiso con la ocupación. Las intervenciones provistas a las poblaciones están dirigidas a todos los miembros de un colectivo. Los profesionales dirigen sus intervenciones para prevenir problemas de salud potenciales o en condiciones discapacitantes dentro de la población y la comunidad. Su objetivo es mejorar la salud de todas las personas dentro de la población, dirigiendo los servicios y apoyos dentro de la comunidad. La intervención se provee para ayudar a las personas a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; para identificar y lograr aspiraciones; para satisfacer necesidades y para cambiar o hacer frente al entorno en el que participa. Los profesionales interesados en la justicia ocupacional trabajan para apoyar a las políticas sociales, acciones y leyes que permitan a la gente comprometerse en ocupaciones que aporten propósito y significado a sus vidas.

¹ Estado de exclusión y de participación en ocupaciones necesarias y/o significativas debido a factores que se encuentran fuera del control inmediato del individuo

3.APLICACIÓN DE MODELOS TEÓRICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Puede que todos hagamos y desempeñemos actividades de forma similar pero los significados personales y sociales que atribuimos a nuestras propias actividades son profundamente especiales y únicos. La congruencia entre las visiones occidentales del mundo y la teoría de la terapia ocupacional debería ser más evidente en dicha teoría, especialmente en los modelos conceptuales que pretenden explicar la actividad humana y sus cualidades, como son el modelo de Ocupación Humana (MOH) y el modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO).

Los terapeutas ocupacionales trabajan para identificar los puntos que contribuyen al desequilibrio del sistema y usan la actividad terapéuticamente para consolidar y volver a equilibrarlo. Estos modelos conceptuales representan y definen los ideales occidentales de la salud definidos como propensiones independientes, individualistas y racionales. Por lo tanto, en sociedades que se rigen por construcciones sociales y culturales de la realidad tan diferentes ¿hasta qué punto son apropiadas estas descripciones de salud?

La posibilidad de introducir la Terapia Ocupacional en las vidas de las personas que viven en otros puntos geográficos se debería de reorientar los esfuerzos para lograr que los miembros de estos grupos comprendan y decidan en qué términos se debe introducir dicha terapia. Los terapeutas ocupacionales que trabajan con poblaciones afectadas por guerras o injusticias económicas y sociales parecen haber encontrado en el MOH un marco que se adapta bien a su práctica. El MOH ha sido también utilizado como parte de los servicios orientados a la distribución de poder, cuyo objetivo es vencer los prejuicios y la discriminación hacia las personas por una discapacidad y/o condición étnica o racial. Se cree que el MOH puede contribuir en gran medida a fomentar la práctica de los terapeutas ocupacionales en contextos en los que la atención a las fuerzas opresivas políticas y sociales es especialmente relevante y en los que es necesario un conocimiento más amplio de la situación.

4.CENTRO DE T.O. PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN HOUNDÉ

En países como Burkina Faso los trastornos mentales siguen estando muy vinculados a creencias relacionadas con la posesión del espíritu, la trasgresión de la norma social o la magia, entre otras causas explicativas. Este tipo de creencias está fuertemente arraigado, especialmente en la población rural. Por este motivo en 1987 se desarrolló por primera vez un programa en materia de salud mental. Los centros existentes hasta esa fecha eran instituciones psiquiátricas ubicadas a las afueras de las comunidades, desvinculados de la población, cuyo principal objetivo consistía en el reclutamiento y aislamiento de estas personas que entraban sin mayor asistencia y prolongaban su estancia hasta caer en el olvido. En la actualidad, con motivo

de intentar erradicar las circunstancias inhumanas citadas, se ha puesto en marcha un centro de terapia ocupacional para personas con trastorno mental en la localidad de Houndé. Este centro surge tras el análisis de los resultados del estudio de investigación realizado por Inmaculada Zango. En él se pone de manifiesto la relación existente entre los síntomas del VIH-SIDA con algunos trastornos mentales (como la ansiedad y la depresión), lo que dificulta la realización de ocupaciones culturales y personalmente significativas para las mujeres de esta localidad. Con la puesta en marcha de este centro se pretende crear un lugar en el que las personas con trastornos mentales puedan seguir tratamientos a través de la ocupación y por tanto, seguir vinculados a la comunidad.



Como terapeuta ocupacional, una aportación para el centro de salud mental de Houndé es un taller ocupacional para las mujeres con VIH-SIDA, afectadas como consecuencia de enfermedad mental, teniendo como finalidad la integración en su comunidad. Esta aportación se debe a que la lucha contra el SIDA no depende solo de la ciencia si no, que se necesita información, educación y prevención. El SIDA se debe afrontar desde posiciones amplias pluridisciplinares, que impliquen a todos los sectores sociales. Es necesario que la información, la educación y la prevención lleguen a las escuelas, a los centros de trabajo, y por supuesto, a toda la red sanitaria. El sector educativo, la igualdad de género y la investigación en este ámbito, para mejorar las intervenciones y contrarrestar el impacto del SIDA, son muy relevantes.

Además, el programa se centra en las mujeres, a causa de la feminización de la epidemia que existe en este país y que se debe fundamentalmente a que el estigma recae sobre las mujeres con mayor intensidad que sobre los hombres, debido por un lado a las características fisiológicas de sus órganos genitales (la vagina puede tener pequeñas lesiones y es un receptáculo del esperma infectado, siendo más fácil el contagio de hombre a mujer que viceversa) y, por otro lado, a las situaciones sociales y culturales vividas por las mujeres tales como la presión social de las sociedades patriarcales (se considera a los hombres una autoridad exclusiva) el matrimonio polígamo, la situación económica y algunas prácticas culturales practicadas en países como Burkina Faso. Lo que provoca una patología social liga-

da a la marginación y a la exclusión social que padecen mayormente las mujeres por las situaciones de desventaja en la que viven.

Todo esto, nos lleva a utilizar estrategias de lucha contra la feminización del VIH-SIDA que consisten en mejorar el nivel adquisitivo y la intervención comunitaria de las mujeres. Esto puede realizarse a través de actividades laborales que les proporcionan los ingresos necesarios para hacer frente a la pobreza y a la dependencia económica de sus parejas si están casadas, o para prevenir ciertas conductas de riesgo en caso de hacer frente en solitario a la epidemia. Por lo que, la propuesta presenta un doble significado. Por un lado está el significado personal y cultural y por otro lado la potencialidad de que las mujeres puedan después hacer frente a los gastos cotidianos a través del pequeño comercio.

El taller consistiría en la realización de un huerto donde se cultivaría plantas de cacahuete, para a continuación, vender este producto en el mercado, cuya ganancia pueda mejorar su economía familiar, así como, la posibilidad de acceder a un tratamiento. Con el cultivo del huerto se trabaja en la construcción de una ocupación significativa, partiendo de la dificultad de inserción en el mundo laboral, en la que se pasaría de un rol de enfermo a un rol de cuidador (cuidador del huerto). Además se trabajaría para crear una fuente de salud y bienestar psicológico en el que se mejoraría la autoestima y sentimiento de utilidad, potenciando un bienestar social, ya que, sus vidas están basadas en la comunidad, y en la que exista un reconocimiento social por su labor, disminuyendo el estigma ocasionado por la enfermedad.

El huerto sería un agente terapéutico, culturalmente adaptado, en una zona dedicada a la agricultura y ganadería, para paliar la disfunción de las mujeres provocada por motivos psiquiátricos y sociales en el que se potenciaría un bienestar físico, mental y social restableciendo el equilibrio ocupacional. Además el cacahuete es uno de los productos más consumidos en Burkina Faso donde la labor de la mujer cobra una gran importancia ya que es ella la encargada de plantación, recolecta, preparación y venta en el mercado. Este alimento se come entre horas, siendo preparado para que los hombres y los niños lo tomen con el té. Como el procedimiento de cultivo requiere de mucho esfuerzo físico, lo llevaría a cabo aquellas mujeres cuyos efectos físicos como es la afectación motora y la emaciación no estén tan agravados, es decir, los distintos pasos estarían graduados para que cada una de ellas pueda participar y conseguir los objetivos individuales. Los siguientes pasos con menor requerimiento físico son: Sacar las semillas de la vaina, freír los cacahuetes y meterlos en bolsas.

Por último se llevarían al mercado para su venta. En esta parte se podría trabajar más concretamente con aquellas mujeres que pudieran tener una mayor afectación psicológica como el temor de su propia imagen y/o depresión lo que restringe el querer mantener un contacto personal con los demás. Sería un medio de afrontamiento además de crear una comunidad más inclusiva, donde cualquier persona se sienta un ciudadano pleno a pesar de cualquier disfunción ocupacional.

5. CONCLUSIONES

El VIH-SIDA es una pandemia que se debe afrontar a través de la prevención, información y educación desde todas las posiciones sociales, donde se refuercen los recursos humanos, la investigación y el acceso al tratamiento. Erradicando la estigmatización sufrida por las personas afectadas, creando una sociedad justa en la que se potencie la integración de aquellas que padecen de algún tipo de disfunción ocupacional y creando entornos que posibiliten la ejecución de las actividades cotidianas mediante la terapia ocupacional.

Para los terapeutas ocupacionales cómo objetivo sería fomentar la justicia ocupacional ya que es una profesión que existe para enfrentarse a las injusticias. Esto requiere que los terapeutas ocupacionales actúen mediante negociación con la comunidad porque no se podrá conseguir nada a menos que la comunidad desee que se haga efectivo.

Es importante que los terapeutas ocupacionales participen en las líneas de actuación de la cooperación al desarrollo, siendo profesionales comprometidos en la creación de sociedades inclusivas para las personas con limitaciones en la participación significativa de la vida diaria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Kronenberg, F; Simó, S; Pollard, N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Madrid: Médica Panamericana. 2006.
- 2 Simó, S. "Desafíos contemporáneos para la educación y la ciencia de la ocupación: la ecología, la ética y la justicia ocupacional". TOG. 2009, [1 de junio de 2011]. Disponible en <http://www.revistatog.com/suple/num5/desafios.pdf>.
- 3 Valero, E; San Juan, M. Manual teórico práctico de Terapia Ocupacional, intervención desde la infancia a la vejez. Monsa-Prayma: 2010.
- 4 Zango, I; Ulla, S. La vida diaria de las mujeres con VIH-SIDA en Burkina Faso. Jaén: Alcalá. 2009.

Ocupacine.

Desde la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, con el patrocinio de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias y la colaboración de Cajastur y la Federación de Personas Sordas del Principado de Asturias se ha organizado el pasado mes de Junio en Oviedo el primer OCUPACINE, unas jornadas de cine y discapacidad analizadas bajo el contexto de la Terapia Ocupacional. Para este año las películas elegidas han sido "Lejos de ella", que trata sobre el Alzheimer, y "Mi pie izquierdo", película biográfica basada en hechos reales sobre una persona con Parálisis Cerebral. Posteriormente a la emisión de las películas se ha dado cabida a la intervención de diversos profesionales expertos en el ámbito sanitario referente a las patologías descritas en cada película.



MESA REDONDA DEL 11 DE JUNIO DE 2011.

Película "Lejos de ella". Temática: enfermedad de Alzheimer.
- **Dra. Rosa María Simó.** Presidenta del Comité de Ética para la Atención Sanitaria del HUCA.

Sesiones Clínicas.

Entre los meses de Septiembre de 2010 y Mayo de 2011 se celebró en Oviedo el III ciclo de sesiones clínicas. La organización de estas sesiones corrieron a cargo de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, continuando la línea abierta años antes al considerar el interés que despierta entre los profesionales. Este ciclo contó con la colaboración del Instituto para la formación, docencia e investigación de profesionales sanitarios: FORSALUS que aportó la posibilidad de acreditación como curso, siendo este aspecto de gran importancia para los asistentes. La Asociación profesional de terapeutas ocupacionales del Principado de Asturias se agregó al proyecto dando de esta forma un carácter más institucional. Por último, la cesión, por parte de la Gerencia, de las instalaciones del salón de actos del Hospital Monte Naranco de Oviedo contribuyó de forma notable al correcto desarrollo de las mismas.

Estas sesiones se diseñaron para intentar cubrir un amplio abanico de campos, según el interés mostrado por nuestros compañeros. En una valoración posterior se considera que fueron un éxito en cuanto a inscripciones, más de 65, y en cuanto a asistencia, con una media de 40 profesionales por sesión. Agradecemos las sugerencias que nos han llegado

NOVIEMBRE: **Accesibilidad invisible. La TO en la Agencia Astur. para la Discapacidad.** Pilar Agüera Boves.
DICIEMBRE: **Alimentación selectiva: evaluación y tratamiento de un niño de 3 años.** Isabelle Beaudry Bellefeuille.
ENERO: **Programa de psicoeducación para psicóticos jóvenes desde T.O.** Sibille Tonnissen Hoppe.
FEBRERO: **Intervención de Terapia Ocupacional en ortogeriatría.** Saray De Paz Ranz.
MARZO: **Malos tratos a personas mayores: puesta en común.** Rubén Fernández Faes.
ABRIL: **Actualizaciones en la valoración de dependencia.** Gabriel Sanjurjo Castelao.
MAYO: **Los criterios para la adaptación de la actividad física desde el enfoque de la T.O.** Víctor M. Cabal Carvajal
III Ciclo de sesiones clínicas. 2010-2011

- **Dr. Carlos H. Lahoz.** Neurólogo vinculado al Servicio de Neurología del HUCA
- **Concha Mena.** Presidenta de ADAFA.
- **Arís Fuente.** Terapeuta ocupacional del Centro de Día especializado en Alzheimer otras demencias de Lada. Temas como los apoyos familiares y los cuidados informales tuvieron protagonismo en una mesa redonda en la que la sensibilidad y la emoción estuvieron muy presentes.

MESA REDONDA DEL 18 DE JUNIO DE 2011.

Película "Mi pie izquierdo". Temática: parálisis cerebral.
- **Gerda Vogedes.** Terapeuta ocupacional vinculada a ASPACE.
- **Ramón Cortina.** Licenciado en Psicología
- **Pilar Agüera Bobes.** Terapeuta Ocupacional y Técnico de Accesibilidad de la Axencia Asturiana pa la Discapacidad (Consejería de Bienestar Social y Vivienda).

En esta mesa redonda, más breve que la anterior, se dio mucha importancia a la asistencia y servicios de los que dispone una persona con parálisis cerebral. Las preguntas del público iban dirigidas en gran medida a este tema. Con todo ello, los objetivos iniciales con los que se empezó a trabajar en la idea del OCUPACINE han sido cumplidos satisfactoriamente. La difusión de la Terapia Ocupacional a nivel regional, el análisis a través del cine sobre el tratamiento de estas patologías, teniendo en cuenta las diferentes culturas y épocas, así como la puesta en común de la visión de los diferentes profesionales sanitarios citados en las mesas redondas fueron los principales puntos fuertes de estas primeras jornadas de OCUPACINE. Ya se está trabajando en las próximas.

para posteriores ediciones y podemos asegurar que no caerán en saco roto. Aún así el trabajo no ha finalizado todavía, ya que esperamos poder publicar las transcripciones de las sesiones para facilitar el acceso a cualquier profesional interesado. Esta faceta no sería posible sin las facilidades brindadas por los ponentes, ya no sólo en la colaboración altruista, si no en todas las indicaciones hechas por la organización. Contar con compañera/os tan dispuestos no deja de enorgullecernos.

Por último no quiero dejar de agradecer la desinteresada ayuda de nuestras compañeras; Ana Fdez. Martínez, Loida Palacios, Noemí Bello, Andrea Fdez. Machado y Victoria García. Estoy convencido que sin ellas no hubiéramos llegado a buen puerto. Gracias.



"Todo el que disfruta cree que lo que importa del árbol es el fruto, cuando en realidad es la semilla. He aquí la diferencia entre los que creen y los que disfrutan"

Friedrich Nietzsche (1844-1900). Filósofo alemán