



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grao en Terapia Ocupacional

Curso académico 2015 – 2016

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Autopercepción del cambio: desempeño y rol
ocupacional tras una alteración osteoarticular**

Yolanda Vales Gómez

Septiembre 2016

DIRECTORAS:

- Doña **María Luisa Simón Sanjuan**. Terapeuta Ocupacional. Profesora asociada a la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña.
- Doña **Thais Pousada García**. Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña.

ÍNDICE

Resumen	4
Resumo	5
Abstract	6
1. Introducción	7
2. Bibliografía más relevante.....	15
3. Justificación	18
4. Hipótesis.....	18
5. Objetivos.....	19
6. Metodología	20
7. Cronograma.....	29
8. Análisis de los datos	30
9. Consideraciones éticas.....	31
10. Posibles limitaciones del estudio.....	32
11. Criterios de rigor	32
12. Aplicabilidad	33
13. Plan de difusión de resultados	33
14. Financiación de la investigación	35
15. Agradecimientos	38
ANEXOS.....	39
ANEXO I. Cuestionario de datos personales del participante	40
ANEXO II. OPHI II: Occupational Performance History Interview (Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional).	43
ANEXO III. EuroQol – 5D.....	44
ANEXO IV. Resultados búsqueda de evidencia científica.....	45
ANEXO V. Intervención	51
ANEXO VI. Hoja informativa para los participantes.....	53
ANEXO VII. Consentimiento informado del participante en el estudio de investigación.....	55

RESUMEN

Título: Autopercepción del cambio: desempeño y rol ocupacional tras una alteración osteoarticular.

Introducción: Las situaciones funcionales en una fase aguda derivadas de amputaciones, quemaduras y lesiones en los nervios periféricos, provocan un cambio drástico en la vida de la persona, alterando la interacción persona-ambiente-ocupación. En la edad adulta, afecta en gran medida al trabajo, uno de los roles principales en esta etapa. Dicha situación condiciona a la salud y a la identidad de la persona. Desde terapia ocupacional se pretende promover la salud, empoderando al usuario a alcanzar su antiguo rol, aumentando su grado de autonomía y por lo tanto, logrando una mayor calidad de vida.

Objetivos: Explorar el cambio de rol de la persona adulta con una condición osteoarticular y analizar las posibilidades de intervención desde Terapia Ocupacional para la recuperación de dicho rol.

Metodología: Se utilizará un enfoque mixto: La metodología cualitativa se abordará desde un enfoque fenomenológico y la metodología cuantitativa, se aplicará con un diseño longitudinal, de tipo descriptivo, observacional y prospectivo. La recolección de la información será realizada con la aplicación de un cuestionario de recogida de datos, la Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI-II), la escala EuroQol-5D y la ayuda de un cuaderno de campo a lo largo del proceso.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, rol, desempeño ocupacional, patología osteoarticular, quemadura, amputación, lesión nervio periférico.

Tipo de trabajo: Proyecto de investigación.

RESUMO

Título: Autopercepción do cambio: desempeño e rol ocupacional despois dunha alteración osteoarticular.

Introdución: As situación funcionais nunha fase aguda derivadas de amputacións, queimaduras e lesións dos nervios periféricos, provocan un cambio drástico na vida da persoa, alterando a interacción persoa-ambiente-ocupación. Na idade adulta, afecta en gran medida ao traballo, un dos roles principais nesta etapa. Dita situación condiciona a saúde e a identidade da persoa. Desde terapia ocupacional preténdese promover a saúde, empoderando ao usuario a alcanzar o seu antigo rol, aumentando o seu grao de autonomía e por tanto, logrando unha maior calidade de vida.

Obxectivos: Explorar o cambio do rol da persoa adulta cunha condición osteoarticular e analizar as posibilidades de intervención desde Terapia Ocupacional para a recuperación de dito rol.

Metodoloxía: Utilizarase un enfoque mixto: A metodoloxía cualitativa abordárase desde un enfoque fenomenolóxico e a metodoloxía cuantitativa, aplicarase cun diseño lonxitudinal, de tipo descritivo, observacional e prospetivo. A recolleita da información realizarase cunha aplicación dun cuestionario de recollida de datos, a Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI-II), a escala EuroQol-5D e a axuda dun caderno de campo ao longo do proceso.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, rol, desempeño ocupacional, patoloxía osteoarticular, queimadura, amputación, lesión nervio periférico.

Tipo de traballo: Proxecto de investigación.

ABSTRACT

Title: Self-perception of change: performance and occupational role after osteoarticular alteration.

Introduction: Functional situations in an acute phase derived from amputations, burns and injuries to the peripheral nerves, causing a drastic change in the person's life, altering the person-environment - occupation interaction. In adulthood, greatly it affects the work, one of the main roles in this stage. This situation affects the health and to the identity of the person. Since occupational therapy is to promote health, empowering the user to its former role, increasing its degree of autonomy and therefore achieving a better quality of life.

Objectives: Expore the changing role of the adult person with an osteoarticular condition and analyze the possibilities of intervention from occupational therapy to recover that role.

Methodology: A mixed approach is used: The qualitative methodology will be addressed from a phenomenological approach and quantitative methodology is applied using a longitudinal design, descriptive, observational and prospective. The data collection will be done with the application of a questionnaire data collection, Historical interview Occupational Performance (OPHI - II), the EuroQol - 5D scale and the help of a field notebook throughout the process.

Keywords: Occupational Therapy, role, occupational performance, osteoarticular pathology, burns, amputation, peripheral nerve injury.

Kind of work: Research Project.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Aproximación a las patologías osteoarticulares: tipos, etiología y características generales.

El presente proyecto de investigación se centrará en los procesos condicionados por la presencia de una patología osteoarticular, ya que su aparición puede producir un cambio drástico en la vida cotidiana de la persona y, como consecuencia, modificar en gran medida su desempeño ocupacional. Además, se contextualiza dentro de un ámbito hospitalario, ya que es el recurso asistencial al que acuden dichas personas en una situación aguda para su posterior rehabilitación.

Para centrar e introducir el tema de estudio, se procederá a concretar y definir las tres causas más frecuentes de situaciones osteoarticulares, que producen mayor índice de ingresos hospitalarios: amputaciones, quemaduras y lesiones en nervios periféricos.

Una *amputación* se define como “una separación o pérdida de un miembro del cuerpo o parte del mismo, que puede derivar en una alteración en los entornos físicos, psicológicos y sociales de la persona” (Polonio, 2002) ⁽¹⁾. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) 1,88 de cada 1.000 personas sufre algún tipo de amputación en España, alcanzando en Galicia la cifra de 2,73 personas por cada 1.000 ⁽²⁾.

En este proyecto, la atención se centrará en la amputación adquirida en el adulto, entre las que destacan aquellas causadas por enfermedades vasculares en los MMII o traumas en los MMSS. La gravedad de la amputación se encuentra determinada por el nivel de la misma siendo el que tiene mayores dificultades de tipo funcional, y peor pronóstico, el más cercano a la zona proximal del cuerpo y/o si el miembro afectado es el dominante en caso de la amputación de MMSS. Además, puede estar acompañada por la presencia de alteraciones de la piel, problemas sensoriales, dolor del miembro fantasma y diversos problemas óseos. Esta situación provoca cierta vulnerabilidad en la identidad de la persona,

afectando a la interacción con su entorno social, así como la necesidad de modificar su entorno físico mediante adaptaciones, dando lugar, como consecuencia, a un aumento de la carga económica ⁽¹⁾.

Las *quemaduras* son lesiones que afectan a la piel y a los tejidos subyacentes, y que han sido producidas por una fuente calor, productos químicos, radiaciones, entre otros ⁽³⁾. Éstas pueden provocar consecuencias físicas, psicológicas y sociales, variando con la profundidad, extensión y localización de la propia lesión. Aproximadamente 500.000 personas necesitan atención médica para el tratamiento de quemaduras en España; además, se estima que cada año, 27 personas por cada 100.000 precisa ingreso hospitalario debido a la presencia de quemaduras graves ⁽⁴⁾. Las secuelas repercuten en las esferas familiares, sociales y laborales. Esta situación puede derivar en dificultades para la realización de diversas actividades en las áreas ocupacionales y en un deterioro de la calidad de vida de la persona debido a las repercusiones funcionales, y en autopercepción y autoestima ^(5,6).

Por último, las *lesiones de los nervios periféricos* se producen debido a la compresión de un nervio por una fractura, corte o tumor, entre otros, reduciendo el grado de movilidad y la sensibilidad por debajo de la lesión. En estos casos, el grado de recuperación de la sensibilidad y movilidad casi nunca es completo. Además, se pueden producir alteraciones en la coordinación, dificultando gravemente la funcionalidad al no reconocer los objetos ni detectar la fuerza necesaria para cogerlos, impidiendo la independencia total en ciertas áreas ocupacionales ⁽⁷⁾.

1.2 Estrategias de rehabilitación dirigidas a personas con patologías osteoarticulares.

En una fase aguda, los usuarios que se encuentran en una de las situaciones anteriormente comentadas, son atendidos por las distintas especialidades: traumatología, cirugía vascular, cirugía plástica, unidad de quemados, entre otros. Allí, son evaluados y tratados por el especialista

correspondiente que, posteriormente, dirige a la persona, una vez estabilizada su situación, a los servicios de medicina y rehabilitación física. En este departamento son tratados por un equipo multidisciplinar formado por el médico rehabilitador, equipo de enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo y trabajador social. Estos profesionales compartirán objetivos comunes para mejorar la calidad de vida de la persona mediante una intervención coordinada de rehabilitación ⁽⁸⁾.

El equipo multidisciplinar determinará las prioridades, metas y estrategias de la intervención, específicas para cada usuario, con el fin de evitar, en mayor medida, las consecuencias funcionales de la lesión. Los objetivos de intervención generales están destinados a alcanzar la máxima independencia en el usuario ⁽⁸⁾.

En las *personas que presentan una amputación*, las estrategias de tratamiento serán diferentes en función de la localización del miembro afectado (superior o inferior), pero en ambos casos, se encuentran encaminadas al trabajo sobre el propio muñón, para la posterior colocación de la prótesis. El control de tronco y equilibrio son aspectos muy importantes a tener en cuenta, a la hora de planificar la intervención con el usuario. Por otro lado, se decidirá, en caso de amputación de miembros inferiores, el uso de la prótesis o de la silla de ruedas, así como otros productos de apoyo necesarios para mejorar la independencia de la persona en su vida diaria. ^(1,9).

Además, se incluirá el abordaje de aspectos psicoemocionales, debido al cambio producido en su cuerpo y su repercusión sobre el esquema e imagen personal del usuario ^(1,9).

En las *personas con quemaduras* se realizará una aproximación de la intervención hacia las consecuencias físicas y psicológicas. En las primeras, los objetivos del tratamiento incluyen la reducción de las secuelas cutáneas (retracciones y las adherencias de la piel); de las secuelas musculares (reduciendo la atrofia muscular); y por último, la

disminución de la afectación de los nervios, ya que puede existir una neuropraxia por compresión ⁽¹⁾.

Por otro lado, será necesario abordar con el usuario los aspectos de afrontamiento emocional. En el caso de presencia de quemaduras graves, las personas reciben un tratamiento de larga duración, un período largo de hospitalización (que puede incluir una situación de aislamiento) con una posterior rehabilitación y cuidados. Por lo tanto, se necesita trabajar todas las consecuencias de estas situaciones, ya que dicha realidad puede conllevar a un posible trastorno de percepción de la imagen corporal, disminución de autoestima y miedo al rechazo en el proceso de reincorporación en su entorno ^(1,6).

En las *personas que presentan lesiones de nervios periféricos*, también se propone un enfoque de intervención similar. La intervención está orientada a mejorar la movilidad y, en mayor medida, a aumentar la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión mediante la estimulación de receptores cutáneos; además se proponen estrategias para evitar lesiones debido a la ausencia de ésta. La falta de sensibilidad y dolor puede provocar ansiedad, frustración y un sentimiento de negatividad en la persona, ya que ésta percibe que no le es posible ejecutar las actividades que anteriormente sí podía ⁽⁷⁾.

Por otra parte, en las tres situaciones es necesario conocer y explorar el entorno en el que la persona se desarrolla para enfocar de forma eficaz el tratamiento. Por ello, se contempla la posibilidad de realizar su adaptación adecuada a las condiciones actuales de la persona para que alcance la mayor independencia posible en la realización de sus actividades cotidianas ⁽¹⁰⁾, así como una participación plena en sus ocupaciones elegidas.

1.3. Alteraciones en el desempeño ocupacional y los roles personales derivadas de una patología osteoarticular.

Como ya se ha indicado, las condiciones osteoarticulares alteran la interacción de la persona con su entorno que, junto con las consecuencias evidentes en sus patrones de ejecución, afectan a su desempeño ocupacional y a sus roles. Por lo tanto, estas situaciones tienen una influencia directa sobre la participación activa de la persona adulta en sus áreas ocupacionales: actividades de las vidas diarias (básicas e instrumentales), descanso y sueño, educación, trabajo, ocio y participación social. A su vez, también van a implicar modificaciones en la forma de realizar y organizar éstas, es decir, en los hábitos y rutinas propios de cada persona ^(11,12).

El desempeño ocupacional se encuentra muy vinculado al rol que el usuario mantiene en su comunidad. Éste otorga una identidad y características propias, definiendo un comportamiento y actitud internos de la persona y, normalmente, es el esperado por el resto de la sociedad. Dicho papel influye en el desempeño, participación e implicación de sus ocupaciones diarias, ya que modifica y controla sus acciones, además de constar un hábito específico en sí mismo ⁽¹¹⁾.

En una fase aguda, el rol de las personas con una patología osteoarticular puede estar alterado. Esta modificación podría hacer que los usuarios perciban que se encuentran apartados de su rutina anterior, presentando graves dificultades para mantener sus principales papeles y/o, finalmente, asumir uno no deseado. De esta manera, se puede producir una ruptura con el estilo de vida previo, favoreciendo una alteración de su autoconcepto, y condicionando sus relaciones sociales y/o con el entorno ⁽¹¹⁾. La mayoría de las personas que sufren estas patologías se encuentran en edad adulta, por lo que sus principales roles son el laboral y familiar.

En relación con lo anterior, las afecciones osteoarticulares destacan por las limitaciones funcionales que producen, sobre todo, en el área del

trabajo, modificando de esta manera uno de los roles más importantes del usuario en su edad adulta ⁽¹⁰⁾.

Para muchas personas, la presencia de una discapacidad física puede generar la percepción de un obstáculo y rechazo, impidiendo significativamente el acceso a su puesto laboral. La existencia de barreras sociales y físicas afecta al desarrollo del individuo en su reincorporación al trabajo. A pesar de que existan políticas que promueven la inclusión para regular el acceso de las personas con discapacidad a un empleo digno, en realidad, este colectivo encuentra mayores dificultades para acceder al mercado laboral. Esta situación provoca una importante discriminación laboral, afectando, como consecuencia, a sus recursos económicos y a su salud ^(1,11).

Shoppen et al. encontraron que las personas que dejaron de trabajar como consecuencia de su condición osteoarticular, mostraron peores condiciones de salud ⁽⁹⁾. Además, la alteración de este rol puede afectar a la identidad propia y autoconcepto del usuario, pudiendo aumentar los síntomas negativos depresivos vinculados al estrés, abuso de sustancias, e incluso al suicidio ^(9,11).

En muchas ocasiones, este papel sería transformado por el de “estar enfermo” o “persona con discapacidad”, condicionando situaciones de sobreprotección y obediencia, al mismo tiempo que se espera en todo momento su recuperación de su situación actual ⁽¹¹⁾.

1.4. Intervención del TO en la recuperación del rol y desempeño ocupacional.

Las personas que han experimentado estas consecuencias por la presencia de una patología osteoarticular son derivadas al servicio de Terapia Ocupacional por el médico rehabilitador. La remisión se debe a la posible existencia de limitaciones en su desempeño ocupacional, o la necesidad de ayuda para ello, con el fin de promover la salud y prevenir dificultades funcionales. Dicha derivación, debe ser lo más pronta posible,

comenzando desde los posteriores días a la intervención quirúrgica, asesorando y programando actividades para prevenir rigideces, y evitando posturas incorrectas mediante el uso de las férulas ⁽¹⁾.

El hecho de que la persona adquiera un rol adecuado y significativo implica su participación activa en las áreas ocupacionales. Además, dicho rol, junto con los hábitos y rutinas, formaría parte de los patrones de ejecución del individuo, es decir, afecta a la manera y a la frecuencia en el que la persona realiza sus ocupaciones ⁽¹²⁾. Por lo tanto, la TO con el compromiso de aumentar la independencia en las ocupaciones, con la finalidad de mejorar la salud y el bienestar de la persona ⁽¹²⁾, ha de dirigir su atención a la recuperación y/o mantenimiento del rol durante el proceso de intervención dirigida a usuarios con una condición osteoarticular. Además, tal y como señalan Price y Fisher, “participar en las ocupaciones, tanto en las AVDs como en el trabajo, tiene una gran importancia para reducir los niveles de ansiedad y disminuir el riesgo de un estado depresivo en la persona” ⁽⁹⁾.

El terapeuta ocupacional, en un primer momento, realiza una recogida de información, llevando a cabo el screening inicial, para obtener los datos básicos del usuario y perfilar el proceso adecuado a sus características ⁽¹⁾. Posteriormente, a través de una entrevista, se realiza una evaluación inicial para conocer sus necesidades e intereses, comenzando a establecer una relación terapéutica. El plan se adapta al individuo desde un inicio, centrando la práctica en la persona, permitiéndole participar de forma activa en la determinación de los objetivos y las estrategias de intervención ⁽¹⁰⁾.

El enfoque irá encaminado a alcanzar el mayor grado de autonomía en el desempeño ocupacional de la persona, normalizar sus patrones, reconducir sus roles y lograr una calidad de vida adecuada ⁽¹⁾.

En las tres situaciones osteoarticulares comentadas, se realiza un entrenamiento de adaptación de las actividades en las distintas áreas ocupacionales, intentando recuperar el nivel funcional previo ^(1, 7,13).

Para lograr un nivel adecuado de independencia, el terapeuta ocupacional determina la necesidad y hace recomendaciones sobre el uso de productos de apoyo (PA). Estos dispositivos, como parte de un enfoque compensador, se incluyen en el proceso terapéutico, ya que adaptan y facilitan la interacción con el entorno físico de la persona. Los PA facilitan, por tanto, el desarrollo de diferentes actividades de la vida diaria, trabajo, educación y ocio, contribuyendo a la mejora de su autonomía y calidad de vida ⁽¹⁴⁾.

Además, y considerando la importancia del engrama persona-ambiente-ocupación durante la intervención, es necesario contemplar la actuación sobre el contexto y el entorno en el que participa el usuario. Ése puede inducir sentimientos negativos, al existir cierto miedo y rechazo al enfrentarse a su contexto social, para alcanzar sus antiguos roles, tanto familiar, como laboral y social ⁽¹⁾.

En este sentido, y debido a las dificultades para la reincorporación del individuo a su puesto de trabajo y/o la presencia de inconvenientes con el entorno físico, es necesario realizar una evaluación del mismo para su posible adaptación ^(9,15).

Estas medidas, entre otras, contribuirán procurar una reincorporación paulatina a su rol anterior.

A modo de síntesis, desde la TO, el enfoque aplicado en estas situaciones debe considerar la importancia de los recursos y el entorno, utilizados para promover el empoderamiento del usuario durante su desempeño ocupacional y mantenimiento de los roles.

2. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE.

1. Polonio López B. Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
2. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid; INE; 2008 [citado 14 abr 2016] Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Disponible en: <http://www.ine.es/>
3. Stergiou Kita M, Grigorovich A, Gómez M. Development of an inter-professional clinical practice guideline for vocational evaluation following severe burn [El desarrollo de una guía de práctica clínica entre los profesionales para la evaluación profesional en aplicación de quemaduras graves]. Elsevier. 2014; 40: 1149-1163.
4. García Criado EI, Torres Trillo M, Torres Murillo J, Muñoz Ávila J, Clemente Millán MJ. Manejo urgente de las quemaduras en Atención Primaria. Semergen: revista española de medicina de familia 1999; 25(2):132-140.
5. Dumitrache A, Sánchez K ,Esnouf S, Roren A , Vidal J, Rannou F ,Poiraudeau S, Lefevre Colau MM. Hand Rehabilitation Medical and Surgical pathology : Occupational Therapy, orthopedics and physiotherapy. Physical therapy, orthosis and occupational therapy in medical and surgical rheumatologic hand diseases. [Mano de rehabilitación patologías médicas y quirúrgicas: terapia ocupacional, ortopedia y fisioterapia. La terapia física, terapia ocupacional y ortesis en las enfermedades reumatológicas médico y quirúrgico de mano]. Presse Med. 2013; 42: 1632–1649.
6. Pérez Boluda MT, Matínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de Práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.

7. Blesedell Crepeau E, S. Willard H, S. Spackman C, S. Cohn E, Boyt Schell B.A. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2008.
8. Lopez Pardo y Pardo M.A. Plan de Salud de Galicia 2002-2005. Sergas. Xunta de Galicia, Secretaría de Sanidad, Secretaría General.
9. Atwall A, Burke S, Carnegie F, et al. Occupational therapy with people who have had lower limb amputation. Londres: College of Occupational Therapists; 2011.
10. Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 3ªed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2002.
11. Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4ªed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2008.
12. Ávila Alvarez A, Martínez Piedrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2º ed [Traducción]. www.terapiaocupacional.com [portal en Internet] 2010; 85. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy framework: Domain and process (2nd ed.)
13. Sanchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Flórez MT, Peña A, Zambudio R. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2006. p161-173.
14. R. Prado de Carlo M.M, M. Luzo M.C. Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares. Sao Paulo: Ed. Roca; 2004.

15. Turner A, Foster M, E. Johnson. Terapia Ocupacional y Disfunción Física: Principios, técnica y práctica. Londres: Elsevier Science; 2002.
16. García González R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2010; 36 (1): 19-29.
17. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT. 2007; (13): 71-78.
18. Hernández-Ávila M, Garrido Latorre F, López Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud pública México. 2000; 42(2).
19. Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, Wallens D. [trad. Español]: Bolanos C, Bolanos L, Ríos del Río J. Manual del Usuario del Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (II) (OPHI-II). The Model of Human Occupation Clearinghouse. Department of Occupational Therapy: University of Illinois at Chicago; 1998.
20. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Cuestionarios en atención primaria: 2001; 28 (6): 425-429.
21. LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, 14 de diciembre 1999. 298: 43088-43089. <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> (último acceso 14 de mayo 2016)
22. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación Médica sobre sujetos humanos. Análisis de la 5ª Reforma, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Acta bioeth. Edimburgo: 2000; 6(2): 321- 334.
23. Lucía Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Guillermo Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Chía, Colombia: 2012; 12(3): 263-274.

3. JUSTIFICACIÓN

La formulación de este proyecto se basa en la importancia que tiene el rol percibido de la persona sobre su bienestar y calidad de vida. La alteración de éste debido a la presencia o aparición de un proceso agudo e inesperado puede causar una ruptura biográfica inmediata en el individuo. En concreto, las patologías osteoarticulares pueden condicionar la aparición de sentimientos de frustración y angustia en el usuario, afectando de esta manera a su papel vital.

En la fase aguda, el sujeto se encuentra más vulnerable y necesita la ayuda y el apoyo de los profesionales para potenciar su recuperación. Además, se debe iniciar la intervención desde TO con la persona desde el primer momento para valorar y recuperar su rol de una forma más rápida y eficaz.

Una de las áreas ocupacionales que más se ve afectada por estas condiciones es la del trabajo, entre otras. En la mayoría de las ocasiones, se pasa a una situación de incapacidad laboral, lo que altera el principal papel de la persona en la edad adulta.

La TO, conceptualizando al usuario desde una visión holística, debe incluir la promoción del rol elegido en dicha intervención, ya que éste se encuentra ligado al desempeño ocupacional y al bienestar de la persona. Así, a través del proceso se espera disminuir los efectos de esta situación sobre dicho desempeño en diferentes áreas ocupacionales, especialmente en la laboral, así como la modificación de los roles consecuentes para alcanzar y/o mejorar su estado de bienestar. Por último, se puntualiza que el proceso de Terapia Ocupacional ha de partir de la evidencia científica actualizada.

4. HIPÓTESIS

- Las personas con patologías osteoarticulares en una fase aguda pueden percibir un cambio en su rol principal.

- La intervención de Terapia Ocupacional proveerá los recursos necesarios para que la persona con patología osteoarticular reconduzca sus roles y logre un aumento de su autonomía en las ocupaciones en las que decide involucrarse.

5. OBJETIVOS

El presente estudio pretende dos objetivos generales:

1. Explorar el cambio de rol en personas con una patología osteoarticular que se encuentra en una fase aguda.

En base a éste, los objetivos específicos serán:

- 1.1 Determinar el nivel de desempeño ocupacional de la persona en la fase aguda y sus consecuencias sobre el mantenimiento del rol.
- 1.2 Estudiar las necesidades y expectativas de la persona en fase aguda, respecto a la ejecución de sus roles.
- 1.3 Establecer una estrategia que guíe la elaboración del plan de actuación personalizado con el fin de responder a las expectativas de desempeño ocupacional.
- 1.4 Mejorar las posibilidades de recuperación en las áreas ocupacionales, especialmente la del trabajo, tras el evento agudo.

1. Analizar las posibilidades de intervención desde TO para la recuperación del rol de este colectivo.

En este caso, los objetivos específicos serán:

- 2.1 Explorar la evidencia disponible sobre la actuación del terapeuta ocupacional para la intervención sobre los roles en la población con patología osteoarticular.
- 2.2 Prevenir una disminución en el nivel de desempeño de las principales áreas ocupacionales de la persona.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Este proyecto se aborda desde un enfoque mixto, en el que se aplicará tanto la metodología cualitativa como la cuantitativa, para poder integrar los datos necesarios que permitan alcanzar los objetivos propuestos. Ambas metodologías no se oponen, sino que se complementan y se apoyan la una en la otra ⁽¹⁶⁾.

Enfoque cualitativo

Por un lado, se emplea la metodología cualitativa ya que el proyecto trata de averiguar la perspectiva de la persona y se centra en sus vivencias, permitiendo que ésta ofrezca su punto de vista dentro de su entorno.

Además, se abordará desde un paradigma fenomenológico, ya que se pretende explorar y describir las experiencias y percepciones de cada participante, así como construir una visión colectiva sobre el tema ⁽¹⁷⁾.

Enfoque cuantitativo

Por otro lado, se integra la metodología cuantitativa, como complemento, con el fin de conocer la realidad de un modo objetivo e imparcial.

Es un tipo de estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Se empleará un diseño longitudinal, ya que se realizará una evaluación a los usuarios en el inicio del estudio, y otra al final, para observar el cambio producido en un período de tiempo ⁽¹⁸⁾.

6.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El trabajo se llevará a cabo en el Servicio de Rehabilitación Física del Hospital Marítimo de Oza, perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

Este servicio está integrado por un equipo multidisciplinar, que realiza una evaluación completa y planifica conjuntamente la intervención con los

usuarios derivados. Los profesionales que lo integran son médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. El espacio disponible consta de salas específicas para la intervención de dichos profesionales, junto con otros recursos: gimnasio, piscina climatizada para las sesiones de hidroterapia, espacio adaptado para el entrenamiento de AVD y sala de ortoprótesis.

La sala de Terapia Ocupacional consta de dos partes diferenciadas: por un lado, la sección que ofrece atención a personas con alteración neurológica y por otro lado, aquella que recibe a personas con patologías osteoarticulares.

En concreto, el presente proyecto se llevará a cabo en la sección de atención a las personas con patologías osteoarticulares.

La mayoría de los usuarios que acuden a la misma presentan alteraciones en su situación funcional, derivadas de fracturas y/o traumas, así como lesiones de nervios periféricos. Asimismo, también son habituales las derivaciones de aquellos usuarios que han sufrido un evento causante de una amputación o quemadura.

6.3 PERÍODO DE ESTUDIO

La duración estimada del estudio será de 12 meses, aunque este tiempo puede verse modificado según las necesidades y demandas de los usuarios.

La investigación se iniciará a principios de junio de 2016, mes en el que se presenta el proyecto, y finalizará en mayo de 2017.

6.4 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

Dentro del grupo de usuarios que acuden al área osteoarticular, es necesario definir el perfil de los participantes de la muestra para la investigación. Para ello, se determinan los criterios de inclusión y exclusión expresados en la Tabla I:

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Persona adulta, con edad comprendida entre los 18 y 65 años.	Persona menor de edad, en edad de jubilación, y/o con incapacidad legal.
Persona que se encuentra en un proceso agudo de una condición causada por: <ul style="list-style-type: none"> • Quemaduras de 3º grado • Amputación en MMII o MMSS • Lesión de nervios periféricos 	Persona con quemaduras < 3º grado
	Persona con alguna patología osteoarticular en fase crónica.
Persona que acude al área osteoarticular de Terapia Ocupacional del Servicio de Rehabilitación Física.	Persona que acuden de forma puntual a los servicios de rehabilitación.

Tabla I. Criterios de inclusión y exclusión

Todos los participantes serán consultados para la participación en el estudio una vez leída la hoja de información, y obteniendo el consentimiento para su inclusión como parte de la muestra de este trabajo.

6.4.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de participantes se realizará en consonancia con los criterios de inclusión y exclusión. Será llevada a cabo mediante un muestreo teórico intencionado, característico de la investigación cualitativa, en el que los individuos son seleccionados por el juicio personal del investigador ⁽¹⁷⁾. Para la selección, por tanto, se considerará la participación de todos los usuarios del servicio que cumpla con los criterios de inclusión.

6.5 PROCEDIMIENTO

6.5.1. VARIABLES ESTUDIADAS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables establecidas para determinar la consecución de los objetivos, y que se valorarán a lo largo del presente estudio son:

- **Datos generales del usuario:** Se centrarán en la información personal del usuario, como es la edad, el género, residencia y situación laboral. Por otra parte, se recogerán datos acerca de su patología y del inicio del tratamiento de ésta.

Dichos datos, serán obtenidos a través de la aplicación de un cuestionario de recogida de datos, incluido en el ANEXO I.

- **Rol:** Se refiere a la identificación de la persona con un atributo de la sociedad, de manera que, el usuario mantiene una posición social y personal acorde con el mismo ⁽¹¹⁾.
- **Desempeño ocupacional:** Se entiende como el proceso que se lleva a cabo para la realización de una actividad, desde la observación y el análisis de la situación, junto con la planificación y, una posterior actuación como respuesta al suceso ⁽¹¹⁾.

Estas dos últimas variables, se recogerán a través de la OPHI II: Occupational Performance Story Interview (La Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional). Se trata de una herramienta de evaluación que incorpora una perspectiva mixta (cualitativa y cuantitativa) que pretende informar al investigador acerca de la “adaptación ocupacional pasada y presente de una persona” ⁽¹¹⁾. Ésta se encuentra basada en conceptos del Modelo de Ocupación Humana: “motivación, desempeño y organización de la participación ocupacional en la vida diaria” ⁽¹⁹⁾. La herramienta proporciona diversos recursos:

- *Entrevista semi-estructurada* (enfoque cualitativo). Se emplea para explorar la historia ocupacional de la persona. Dicha entrevista es muy flexible, ya que proporciona un

modelo de preguntas, de manera que el terapeuta podrá adaptarla a las características del participante y así obtener la información necesaria. (Algunas cuestiones que incorpora este recurso se incluyen en el ANEXO II). Entre los temas a tratar en la entrevista se encuentran las elecciones de actividades ocupacionales, los eventos críticos, la rutina diaria, los roles ocupacionales y los contextos ocupacionales en los que se encuentra la persona. Para cada uno de estos, se incluye un conjunto de cuestiones específicas. Esta entrevista tendrá una duración de entre 45 y 60 minutos aproximadamente.

- *Las escalas de valoración* (enfoque cuantitativo), califican la información obtenida en la entrevista anterior en tres escalas de evaluación con un total de 29 ítems. Éstas proporcionan un perfil del usuario con las fortalezas y necesidades en tres áreas ⁽¹⁹⁾:
 - *La escala de identidad ocupacional*: mide los valores e intereses de las personas, evaluando el grado en el que desempeñan los diferentes roles, así como el estilo de vida que desean.
 - *La escala de competencia ocupacional*: valora si las ocupaciones que la persona realiza están siendo satisfechas.
 - *La escala de contextos ocupacionales*: determina la importancia del entorno en la realización de las ocupaciones de los usuarios.
- *Narración de la historia de vida* de la persona (enfoque cualitativo): se emplea para obtener datos biográficos relevantes, relacionados con su identidad y competencia ocupacional.

- **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).** Esta variable se refiere a la calidad de vida percibida por el propio usuario, valorando su estado de salud y bienestar desde un modo subjetivo. Dicha valoración será llevada a cabo a través de la **EuroQol-5D** ⁽²⁰⁾, (incluida en el ANEXO III) que, a su vez, contempla varias evaluaciones:
 - *Sistema descriptivo* en el que la persona relacionará su nivel de gravedad en diferentes situaciones como son la movilidad, el cuidado personal y la ansiedad o depresión, entre otras.
 - *EVA, escala analógica visual*, en la que el participante sitúa su estado de salud actual de 0 (peor estado posible) a 10 (mejor estado posible).
 - *Índice de valores sociales* que se obtiene para cada estado de salud identificado

Por otra parte, para completar la recogida de datos, desde la metodología cualitativa, la investigadora dispondrá de un cuaderno de campo, en el cual anotará toda la información, obtenida mediante la observación, que pueda ser requerida durante la investigación. La observación del investigador es de tipo directa y no participante, y el uso del cuaderno se realizará no sólo en la fase de evaluación, sino también durante todo el proceso de intervención.

6.5.2. FASES DEL PROYECTO

Fase 1: Búsqueda bibliográfica

En un primer momento, se realiza una búsqueda bibliográfica, para analizar la información disponible acerca de la intervención de Terapia Ocupacional dirigida a las personas con patologías osteoarticulares, y, a su vez, el cambio de rol que éstas producen en el individuo y su gestión. Se realiza en dos partes:

a) Primero, se desarrolla una pesquisa en diferentes bases de datos especializadas:

- Tripdatabase
- Epistemonikos
- Web of science
- Scopus
- Dialnet
- Pubmed
- OTseeker

Para ello, se emplean los siguientes descriptores aplicando los conectores booleanos: “Y” en las búsquedas en español y “AND” en inglés:

“Terapia Ocupacional” Y “amputación” O “quemaduras” O “lesión nervios periféricos” Y “rol”, [“Occupational Therapy” AND “amputation” OR “burn injury” OR “neuropathies” AND “role”]

El proceso de la búsqueda y de la selección de los documentos adecuados para el estudio, se encuentran expresados en el ANEXO IV.

b) Como segundo paso, se realiza una revisión de la literatura gris, con la búsqueda y análisis de libros y monografías específicos de Terapia Ocupacional y Discapacidad Física.

Posteriormente, se analizan los datos extraídos de los documentos para determinar la información útil y necesaria para la investigación.

Fase 2: Entrada al campo y selección de la muestra

El desarrollo de este trabajo, ha estado motivado por la realización de las estancias prácticas de la investigadora en el recurso mencionado. Este hecho constituye el punto de partida y acceso al campo, para lo que se contará con el apoyo de las terapeutas actuales que trabajan en el área osteoarticular.

En la primera toma de contacto, se informará acerca del estudio y de sus posibles beneficios. Por otro lado, se analizarán y sopesarán las características de los pacientes actuales que acuden al área y de los criterios de inclusión y exclusión ofertados.

A continuación, se entrega una hoja con la información completa del estudio indicada en el ANEXO V, y se explica a los usuarios que, cumpliendo con los criterios de inclusión, son posibles candidatos, para la obtención de su consentimiento informado, tal y como aparece reflejado en el ANEXO VI.

Fase 3: Implementación

A continuación, se presentan las etapas que formarán parte de la fase de implementación. En éstas se lleva a cabo el proceso de intervención específica del proyecto para que la persona con una condición osteoarticular en fase aguda, pueda alcanzar el rol anterior a su situación actual.

Etapas 3.1: Evaluación

En esta etapa, se configurará el perfil global del usuario mediante la realización de la entrevista y la aplicación de las escalas, previamente citadas.

En un primer momento, la investigadora comienza el acercamiento con los participantes mediante la entrevista personal, en la que se recogen los datos principales personales de los usuarios.

Este encuentro se abordará de forma individual, únicamente con la presencia de la investigadora y participante, con total intimidad y privacidad.

A continuación, se aplicarán las escalas OPHI-II y EuroQol-5D para recoger la información de las variables definidas. Se apoyará al participante en todo lo que sea necesario y con el tiempo preciso.

Etapas 3.2: Planificación y desarrollo de la intervención

Según los resultados de la evaluación inicial, y tras analizar las necesidades personales, se pasará a la programación de la intervención.

El objetivo pretendido es capacitar a la persona, potenciando sus habilidades y destrezas de los participantes del estudio, para seguir con la identidad del rol anterior a la aparición de la condición.

El tratamiento será individualizado con cada participante, identificando las dificultades que mantienen, sus destrezas, así como fortalezas y recursos personales.

En las sesiones se interviene mediante la actividad significativa para poder alcanzar el rol deseado por el participante. Se trabajará con elementos significativos y relevantes para él, potenciando sus habilidades y destrezas necesarias para desarrollarlo con éxito. Además, en el caso de no poder alcanzarlo, se explorarán nuevas fortalezas e intereses de los usuarios, para encontrar un nuevo rol dotado de significado.

A su vez, en el caso del rol del trabajador, se informará y/o accederá al lugar del empleo, y se evaluarán las barreras arquitectónicas que puedan reducir la independencia del usuario. Si es necesario, se entregarán productos de apoyo para aumentar la autonomía del participante.

El proceso a desarrollar durante esta fase se ha incluido, de forma más detallada, en el ANEXO V.

Etapas 3.3: Reevaluación

Tras un periodo de intervención de 4 meses, o en función de la consecución de los objetivos propuestos, los usuarios volverán a ser evaluados con las herramientas empleadas al inicio del estudio.

Fase 4: Análisis de resultados y elaboración de conclusiones

Finalmente, se estudiarán e interpretarán los datos recogidos, para realizar una posterior comparación con los datos iniciales de los participantes y determinar la confirmación de las hipótesis.

7. CRONOGRAMA

El proyecto se llevará a cabo a lo largo de un año, siguiendo las fases marcadas por la metodología, indicadas en la tabla II.

	2016							2017				
	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Búsqueda bibliográfica												
Entrada al campo y selección de la muestra												
IMPLEMENTACIÓN:												
-Evaluación												
-Planificación y desarrollo de la intervención												
-Reevaluación												
Análisis de resultados												
Elaboración de conclusiones, propuestas y difusión												

Tabla II. Fases y distribución del estudio

8. ANÁLISIS DE LOS DATOS

La investigadora analizará la información recogida a lo largo del proceso. Se compararán los datos de la evaluación final con los de la inicial para observar la evolución del usuario y la eficacia del tratamiento de Terapia Ocupacional.

Para ello, se emplearán las diferentes técnicas correspondientes a la metodología utilizada. Cabe destacar, que los datos personales mantendrán un código alfanumérico para mantener la confidencialidad de los participantes.

Por un lado, las herramientas pertenecientes a la metodología cualitativa, serán analizadas de manera que sean totalmente fieles al relato del participante. Los relatos de los participantes grabados en sonido durante la entrevista serán transcritos, junto con la información del cuaderno de campo. Se empleará un enfoque inductivo, que facilita que los temas vayan emergiendo de los propios datos, obtenidos previamente. Así, se identificarán varias categorías que permitirán ofrecer, de forma fidedigna las experiencias y percepciones de los propios participantes, de forma directa.

En cuanto al análisis de los datos cuantitativos, primero, se realizará un estudio descriptivo de las características consideradas. Las variables cuantitativas se valorarán y expresarán como media (M) \pm desviación típica (SD), mediana y rango (máximo y mínimo). Las variables cualitativas se formularán con su frecuencia absoluta y porcentaje válido. En segundo lugar se aplicarán los métodos no paramétricos para averiguar la presencia de relaciones significativas entre las variables consideradas. Para ello, se calculará el coeficiente de correlación (Spearman) para las variables cuantitativas. Para valorar la asociación de las cualitativas, se utilizará la razón de verosimilitudes en el caso de tener frecuencias observadas inferiores al 5%. En todos los contrastes de

hipótesis, el nivel de significación estadística se fija en $p < 0.05$. El análisis estadístico de los datos se realizará a través del paquete SPSS v.22.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con la finalidad de proteger los datos personales, y de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ⁽²¹⁾, se codificará la información individual, para garantizar y proteger sus derechos fundamentales, a su intimidad personal y seguridad física.

De forma previa a comenzar el proceso de investigación y la relación con los usuarios, es necesario solicitar la autorización del Comité Autonomo de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG), ya que se trata de una investigación con personas que reciben servicios una identidad pública sanitaria. Una vez obtenido dicho permiso, y tras el proceso de selección de los participantes se hace entrega a cada uno de la hoja informativa, (ANEXO VI), ofreciéndoles la oportunidad para aclarar dudas acerca de las posibles cuestiones que resulten confusas o deseen ampliar. Además, para involucrarse finalmente en el estudio, deberán completar y entregar el consentimiento informado (ANEXO VII).

Por último, se indica que se han tenido en cuenta los principios establecidos en la Declaración de Helsinki ⁽²²⁾, haciendo hincapié al respeto por la persona, y velando por sus derechos y bienestar (artículo 4 y 8). Por supuesto, en este estudio, la intimidad y la información a la persona acerca del estudio (artículos 24,25 y 26), están aseguradas.

10. POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las principales limitaciones de este proyecto está relacionada con el tamaño de la muestra y su selección. El número de participantes es reducido, puesto que únicamente se recogen datos de las personas, con una condición osteoarticular, que acuden al servicio de Rehabilitación Física del Hospital Marítimo de Oza. Por lo tanto, sería interesante, que la investigación continuase con una ampliación del número de participantes en otros recursos dedicados a la atención de personas con patologías osteoarticulares.

Otra limitación que podría influir es el rol de la investigadora, ya que al desarrollar una relación directa con los participantes, se podrían crear vínculos positivos y negativos, afectando a la implicación de los usuarios con el estudio.

La escasa evidencia científica relacionada con el tema es un impedimento al no poder contrastar los resultados del análisis de los datos con diversas fuentes de información. Por otra parte, cabe destacar, que los documentos existentes no son actuales, pudiendo afectar a la calidad de la información.

11. CRITERIOS DE RIGOR

Como ya se ha mencionado anteriormente, la metodología empleada a lo largo del proyecto es mixta (cualitativa y cuantitativa). En este sentido, los criterios y procedimientos de rigor que expresan la calidad de la metodología cualitativa son ^(17,22):

- **La credibilidad:** Se logrará a través de la descripción detallada del diálogo con cada participante, así como del estudio. Por otro lado, este criterio alcanza su validez mediante el análisis por triangulación de los datos recogidos.

- La transferibilidad o aplicabilidad: Los resultados podrían ser trasladados a otro contexto, por ello se ha realizado una descripción detallada de los criterios de inclusión de los participantes y del ámbito en el que se encuentran.
- La consistencia o fiabilidad: Se alcanza mediante la descripción detallada del proceso del estudio, para que un investigador externo lo pueda llevar a cabo.
- La confirmabilidad: La objetividad y neutralidad de la investigadora se alcanzarán registrando a lo largo de la investigación las ideas, decisiones y dudas que le puedan surgir.

12. APLICABILIDAD

Los resultados del presente proyecto serán relevantes, en primer lugar, para los propios participantes y, por extensión para los futuros usuarios del servicio, cuyas características coincidan con los criterios de inclusión.

Por otra parte, el trabajo puede contribuir con el avance en el conocimiento y posibilidades de intervención de la Terapia Ocupacional dirigida a la población sobre la que se ha desarrollado.

13. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez concluido el trabajo de campo y analizados los datos obtenidos, los resultados y conclusiones serán difundidos a través de los medios más adecuados, relacionados con el ámbito del proyecto. Entre ellos, se ha seleccionado tanto revistas científicas, como congresos y encuentros nacionales e internacionales.

Revistas

- Locales y nacionales

- Revista Terapia Ocupacional Galicia: TOG.
- Revista de Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales: APETO.
- Revista Asturiana de Terapia Ocupacional.
- Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física: SERMEF.

- Internacionales

- American Journal of Occupational Therapy. Factor de impacto (2014): 1.532
- Canadian Journal of Occupational Therapy. Factor de impacto (2014): 0.915
- Australian Occupational Therapy Journal. Factor de impacto (2014): 0.846
- Occupational Therapy International. Factor de impacto (2014): 0.780
- Disability and Rehabilitation. Factor de impacto (2014): 1.985

Congresos y jornadas

- 17th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Cape Town. 2018.
- XII Congreso Latinoamericano. Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales. CLATO. 2017
- Congreso de Estudiantes Nacional de Terapia Ocupacional (CENTO) 2017. Pendiente de lugar y fecha.
- Jornadas de Investigación de la Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO).

14. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

14.1 RECURSOS NECESARIOS

Para poder llevar a cabo el proyecto, se precisa la disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como la incorporación de una partida para realizar los posibles desplazamientos, y el plan de difusión de los resultados.

- **Recursos humanos:** Es esencial la contratación, con una duración de 12 meses, de una terapeuta ocupacional para la realización del trabajo.
 - Presencia y apoyo de las tutoras para abordar la investigación con éxito.
- **Recursos materiales:**
 - Material de oficina: Será necesario un ordenador al menos, con su respectiva impresora, con tinta y con conexión a Internet. Además se precisa una grabadora para la recogida de datos.
 - Material fungible: Folios, bolígrafos, grapadora, cuaderno de campo, entre otros.
- **Dietas:** Se refiere a los desplazamientos de la investigadora desde el lugar de trabajo hacia el entorno indicado por el participante para realizar posibles intervenciones en el mismo.
- **Difusión de los resultados:** Se incluye los gastos de desplazamiento, e inscripción en los diferentes congresos, así como la traducción del artículo.

El coste total del proyecto asciende a 22.624,72 €. En la tabla III se muestra el presupuesto detallado:

	Recursos necesarios	Coste unitario	Coste total
Recursos humanos	Terapeuta ocupacional	1233,56 €* x 12 meses	16.002,72 €
Recursos materiales	Materiales para la intervención		1.100 €
	Ordenador, impresora y tinta. Grabadora		2.500 €
	Internet	41€/mes x 12 meses	492 €
	Material fungible (folios, bolígrafos, cuaderno de campo...)		200 €
Dietas y desplazamientos	Desplazamientos	0.20€/km x 500 km	100 €
Difusión de los resultados	Desplazamientos e inscripciones congresos		2.230 €
TOTAL			22.624,72 €

*Según la tabla salarial del Boletín Oficial del Estado (BOE) para el Terapeuta Ocupacional de un centro especializado para el año 2016.

Tabla III. Materiales y costes del proyecto.

14.2 FUENTES DE FINANCIACIÓN

Para sufragar dichos gastos, es necesario contar con una financiación adecuada. Por ello, se presentará el proyecto a convocatorias de diferentes entidades públicas y privadas, como se indica en la tabla IV:

ENTIDADES PÚBLICAS	Importe máx.
Bolsas de Investigación de la Diputación de A Coruña	8.000 €
Convocatoria bolsas de colaboración de estudiantes en departamentos da UDC	2.000 €
UDC – Concello de Ferrol. Premios de investigación. Área ciencias de la salud. 2017	12.000 €
ENTIDADES PRIVADAS	
Fundación MAPFRE. Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi	15.000 €
Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales	40.000 €
Obra social “La Caixa”: Programa de Ayudas a proyectos de Iniciativas sociales	40.000 €

Tabla IV. Fuentes de financiación

15. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mis tutoras el apoyo que me han dado a lo largo de estos meses, por la paciencia que han tenido en los momentos más duros y por seguir adelante con este proyecto.

Gracias a mi familia, ellos han sido los que han guiado cada uno de mis pasos, los que me han formado como persona y los que hicieron posible que yo pudiese llegar hasta aquí.

Gracias a mi pareja por aguantarme en los momentos de mayor estrés y animarme a seguir adelante.

Gracias a mis compañeros y amigos, ya que durante este tiempo han hecho que este proceso haya sido mucho más sencillo.

ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario de datos personales del participante

Rellenar los siguientes campos con los datos personales del participante:

1. Sexo:

- Femenino
- Masculino

2. Edad:_____

3. ¿Cuál es el motivo por el que es derivado al servicio de Terapia Ocupacional?

- Amputación
- Quemadura
- Lesión en nervios periféricos

4. ¿Presenta alguna enfermedad crónica?

- Sí. Especificar _____
- No

5. ¿Cuándo ha iniciado la intervención en el área de Terapia Ocupacional?

- Menos de un mes desde su aparición
- Un mes después de su aparición
- Entre 1 y 2 meses después de su aparición
- Más de 2 meses después desde su aparición:_____

6. ¿Cuál es su residencia habitual?

- Piso
- Vivienda unifamiliar
- Centro residencial

7. ¿En qué localidad reside? _____

- Entorno rural
- Entorno semi – urbano
- Entorno urbano

8. ¿Has cambiado de residencia debido a tu situación actual?

- No
- Sí, debido a:
 - Problemas relacionados con la accesibilidad
 - Dificultades relacionados con apoyo social y/o familiar
 - Situación económica
 - Otros _____

9. En su residencia actual, ¿Con quién vive?

- Sólo
- Familiares de ascendencia
- Pareja y/o hijos
- Compañeros
- Otros _____

10. ¿Cuál es la persona por referencia que lo/a ha apoyado a lo largo del proceso?

- Madre o Padre
- Pareja
- Hijos
- Amigos
- No destaco a nadie en especial
- Otro _____

11. ¿Ha cambiado la distribución de sus actividades a lo largo del día?

- Sí: _____
- No

12. ¿Tiene algún grado de discapacidad?

- Sí. Porcentaje _____
- No

13. ¿Se encuentra en alguna situación de incapacidad laboral?

- Sí, incapacidad laboral temporal.
- Sí, incapacidad laboral permanente.
- No
- Ns/Nc

14. En relación a lo anterior, ¿está de acuerdo con la situación laboral actual?

- Sí. _____
- No. _____

Observaciones:

ANEXO II. OPHI II: Occupational Performance History Interview (Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional).

En el presente documento, se presenta un extracto de la *Entrevista semiestructurada* de la OPHI II que se aplicaría en el proyecto ⁽¹⁹⁾.

Roles de trabajador, estudiante, cuidador

- **Cuénteme un poco acerca de usted.**
 - ¿Trabaja actualmente?
 - ¿Estudia?
 - ¿Esta a cargo del cuidado de niños, esposo(a), o _____?
 - [O]
- **Sé que usted es un trabajador, estudiante que está a cargo de _____?**
[haga estas preguntas para todos los roles de trabajador, estudiante, o cuidador]
- **¿Cómo fue que llegó a (desempeñar este trabajo, escoger este tipo de trabajo/estudiar, responsabilizarse de sus...)?**
- **¿Qué es lo que su trabajo o estudio comprende?**
 - [O]
- **¿Cuáles son sus responsabilidades (o que tiene que hacer) como _____?**
 - ¿Que tan bien considera que realiza sus responsabilidades?
 - ¿Le gusta desempeñarlas?
- **¿Qué es lo que principalmente obtiene de su trabajo/estudios?**
 - [O]
- **¿Cuál es la razón fundamental por lo que hace esto?**
- **¿Qué clase de trabajador/estudiante/cuidador diría que es?**
 - ¿Puede darme algún ejemplo de algo que lo demuestre?
 - [O]
 - Dígame algo que haya sucedido recientemente que muestre la clase de (trabajador/padre/madre/esposo(a)/hijo(a) es.
 - [O]
 - Dígame algo que haya hecho recientemente como trabajador/padre/madre/esposo (a)/hijo(a) y de lo cual se siente orgulloso.
 - [Si no está estudiando o trabajando]
- **¿Ha trabajado anteriormente?**
 - [Si] ¿Cómo fue que obtuvo este trabajo, escogió esta clase de trabajo/estudios?
 - [Y/o]
 - ¿Qué clase de trabajador fue?
 - ¿Qué tanto tiempo/esfuerzo requirió su trabajo?
 - ¿Le fue difícil su trabajo?
 - ¿Qué fue lo más importante que obtuvo de su trabajo?

ANEXO III. EuroQol – 5D

A continuación, se presenta una muestra de la escala empleada ⁽²⁰⁾:

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

ANEXO IV. Resultados búsqueda de evidencia científica

Palabras Clave empleadas:

Terapia ocupacional AND rol AND amputaciones OR quemaduras OR lesión de nervios periféricos.

Filtros Aplicados:

- *Palabras clave:*
 - o *Terapia Ocupacional:* Se ha seleccionado su aparición exclusivamente en Keywords;
 - o *amputaciones, quemaduras, neuropatías y rol:* Se incluye su aparición en título, abstract y keywords.
- Año de publicación: 2000-2016
- Idioma: Español + inglés (También artículos traducidos al inglés).
- Tipo de artículos: Revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, metaanálisis, ensayos clínicos, estudios de casos y controles, estudios de caso.

Estrategia de búsqueda y selección de artículos:

- **terapia ocupacional Y quemaduras Y rol / occupational therapy AND burn injury AND role**

BASES DE DATOS	TOTAL*	SELECCIONADOS**
TRIPDATABASE	437	3
EPISTEMONIKOS	2	0
WEB OF SCIENCE	23	2
SCOPUS	9	2
DIALNET	1	0
PUBMED	89	1
OTSEEKER	0	0

*Nº de artículos que se han obtenido con la aplicación de los filtros de búsqueda

**Nº de artículos seleccionados, tras su lectura y análisis de su relación con el tema central del trabajo.

- **terapia ocupacional Y amputación Y rol / occupational therapy AND amputation AND role**

BASES DE DATOS	TOTAL	SELECCIONADOS
TRPDATABASE	146	4
EPISTEMONIKOS	0	0
WEB OF SCIENCE	14	3
SCOPUS	14	3
DIALNET	1	0
PUBMED	68	0
OTSEEKER	0	0

- **terapia ocupacional Y neuropatías Y rol / occupational therapy AND neuropathies OR peripheral nerves injury AND role**

BASES DE DATOS	TOTAL	SELECCIONADOS
TRIPDATABASE	352	0
EPISTEMONIKOS	0	0
WEB OF SCIENCE	10	0
SCOPUS	22	1
DIALNET	0	0
PUBMED	20	1
OTSEEKER	0	0

ARTÍCULOS DESTACADOS

Los artículos útiles que pueden ayudar a la elaboración del plan de intervención, son los siguientes:

TÍTULO	AUTORES	REVISTA	TIPO DE ESTUDIO	NIVEL DE EVIDENCIA*
Is occupational therapy practice for older adults with lower limb amputations evidence-based?	Spiliotopoulou G, Atwal A	University of York: Centre for reviews and Disseminations	Revisión sistemática	1a
Occupational therapy with people who have had lower limb amputations: evidence-based guideline	Atwal A, Burke S, Carnegie F, Cook K, McLaughlin J, Rendell J, Spiliotopoulou G, Williams A, Wilson C.	College of Occupational Therapists. Brunel University.	Guía de práctica clínica	1c
Guideline Summary: VA/DoD clinical practice guideline for the management of upper extremity amputation rehabilitation	Management of Upper Extremity Amputation Rehabilitation Working Group /	Departamento de Asuntos de Veteranos, Departamento de Defensa	Guía de práctica clínica	1c
Experiences of therapists using feedback based technology to improve physical function in rehabilitation	Hamilton C, McCluskey A, Hassett L, Lovarini M Folly Campos T.	University of York : Centre for reviews and Disseminations	Meta análisis	1a
Impact of wheeled seated mobility devices on adult users' and their caregivers' occupational performance	Reid D, Laliberte, Rudman D, Hebert D.	MSD MANUAL	Revisión sistemática	1a

Bilateral hand salvage of subtotal left hand amputation and complex right wrist destruction	Hernekamp, J.F , Bigdeli, A.K, Engel H, Kneser U, Kremer T, Pelzer M.	University of York: Centre for reviews and disseminations	Estudio de caso	1b
Development of a Clinical Framework for Mirror Therapy in Patients with Phantom Limb Pain: An Evidence-based Practice Approach	Rothgangel, A , Braun, S, de Witte, L, Beurskens, A, Smeets, R.	Spring Verlag (editorial) Unfallchirurg	Estudio de caso	1b
Amputee rehabilitation and preprosthetic care	Klarich J., Brueckner I.	Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America	Revisión sistemática	1a
The person with amputation and their life care plan	Meier R.H , Choppa A.J, Johnson C.B.	Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America	Revisión sistemática	2a
Psychological and social consequences after reconstruction of upper extremity trauma: Methods of detection and management	Galanakos SP , Bot, AGJ , Zoubos AB , Soucacos PN.	Journal of Trauma and Acute Care Surgery	Revisión sistemática	2a
Skin care in burn patients: A team approach	Ho W.-S , Chan HH , Ying S.Y., Cheng, el SA Wong CS	Burns	Documento de conferencia	5

Complex regional pain syndrome. Sympathetic reflex dystrophy and causalgia	Baron R, Binder A, Ulrich W, Maier C.	Nervenarzt	Revisión sistemática	1a
Effect of training on upper-extremity prosthetic performance and motor learning	Dromerick A.W, Schabowsky, C.N, Holley R. J, Monroe, Markotić A, Lum PS.	Archives of physical medicine and rehabilitation	Estudio caso único	1b
Inpatient management of lower extremity amputations	Knetsche R.P, Leopold S.S, Brage M E	Foot and ankle clinics	Revisión	1a
A focus group study of health professionals' views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information	Mortimer CM, MacDonald, RJM , Martin DJ, McMillan IR, Ravey J, Steedman WM.	Patient education and counseling	Estudio de casos	4
The treatment of hand burns	Kamolz LP ,Kitzinger HB, Karle B, Frey M	Burns	Revisión sistemática	1a
Outcome of physical therapy and splinting in hand burns injury. Our last four years' experience	Shkurta R, Hajrie H, Merita M, Ardiana M, Dafina IK, Bekim H, Zene B.	Mater Sociomed	Estudio de serie de casos	4

Current options for nonsurgical management of carpal tunnel syndrome	Carlson H, Colbert A, Frydl J, Arnall E, Elliot M, and Carlson N	International Journal of Clinical Rheumatology	Revisión sistemática	1a
Guideline summary: Occupational therapy practice guidelines for individuals with work-related injuries and illnesses	American Occupational Therapy Association	(retirado)	Guía práctica clínica	1c
Standards of physiotherapy and occupational therapy practice in the management of burn injured adults and children		(retirado)	Guía práctica clínica	1c

*Nivel de evidencia según Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford

ANEXO V. Intervención

Inicialmente se analizan las necesidades ocupacionales de los participantes resultantes de las escalas e instrumentos de evaluación indicados. A su vez, y especialmente durante la entrevista inicial, se toma el primer contacto, comenzando la relación terapéutica con los participantes.

La planificación de la intervención se realiza de forma individualizada y dirigida por los intereses, expectativas, motivaciones y objetivos del propio usuario, siendo complementaria al tratamiento ofrecido por otros profesionales. Por lo tanto, en Terapia Ocupacional la línea de actuación se centrará en potenciar las aptitudes y fortalezas del usuario mediante actividades significativas dirigidas a la recuperación del rol anterior y/o a la búsqueda de uno nuevo.

La intervención diaria con cada usuario se realizará aproximadamente durante 40 minutos, consensuando con ellos el horario preciso. Dicha sesión se realizará en la sala de Terapia Ocupacional del Hospital Marítimo de Oza.

Cada participante habrá indicado, previamente, el rol en el que se siente identificado y que se pretende recuperar y/o mantener tras la lesión. Dependiendo de la elección de éste, se trabajarán desde diferentes técnicas y actividades elegidas por el usuario y la terapeuta.

Si el rol deseado estuviese relacionado con el área de trabajo o laboral de la persona, rol principal del adulto, se intervendría, desde un primer momento, en colaboración y apoyo con el equipo multidisciplinar para una reintegración exitosa al puesto de trabajo. Sería importante incluir también las actuaciones para el mantenimiento de las capacidades necesarias para el desempeño del mismo.

Desde Terapia Ocupacional, se realizaría un análisis de las tareas del empleo anterior, en comparación con la condición actual. De esta forma,

se establecería la rutina del proceso, así como las habilidades actuales del individuo, y las necesarias, así como su respectiva motivación.

La recuperación y entrenamiento se desarrollarían mediante actividades significativas orientadas a la rehabilitación sensorial y motora, o con la aplicación de un enfoque compensatorio para obtener una mayor independencia en el rol deseado.

Por otro lado, se observará la necesidad del empleo de productos de apoyo a fin de incrementar su autonomía en el desarrollo en las tareas vinculadas a su rol anterior, así como valorar el uso de férulas para una mayor independencia funcional, en caso de que fuese necesario.

Se colaborará con el usuario, la empresa y la familia para identificar y eliminar las barreras arquitectónicas del entorno próximo al usuario, tanto en el domicilio como en el trabajo. Se elaborará un informe de eliminación de barreras y se expondrán las posibles ventajas que mantendrían esas modificaciones.

En caso de no poder continuar con su trabajo anterior, se explorarán los gustos, motivaciones e intereses del usuario para poder apoyarlo en todo el proceso de la búsqueda de un nuevo empleo. Fisher et al, descubrieron que las posibilidades de la vuelta al trabajo aumentaba con el tiempo, por lo tanto, se sugiere que los usuarios continúen su formación profesional a lo largo de la rehabilitación, para poder alcanzar un trabajo significativo ⁽⁹⁾.

Todo el proceso de implementación será documentado, y estará basado en las principales recomendaciones establecidas por las guías y artículos de investigación que se han seleccionado en la fase de búsqueda bibliográfica (Anexo IV) y que suponen la aplicación de la práctica basada en la evidencia como criterio de rigor y relevancia de cara a la investigación.

ANEXO VI. Hoja informativa para los participantes

Título: “***Autopercepción del cambio: desempeño y rol ocupacional tras una alteración osteoarticular***”

Investigador: Yolanda Vales Gómez con DNI _____.

El presente estudio, es un Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña. Este proyecto se encuentra coordinado por Luisa Simón Sanjuan, terapeuta ocupacional del área osteoarticular del Hospital Marítimo de Oza y Thais Pousada, terapeuta ocupacional y docente de la Facultad de Ciencias da Saúde.

Le invito a formar parte de este proyecto de carácter voluntario. Si usted decide participar debe leer detenidamente este documento. Para solventar cualquier duda, tiene la oportunidad de ponerse en contacto con las coordinadoras y la investigadora.

Los datos aportados durante la investigación, serán confidenciales, por lo que sus datos personales no serán públicos, únicamente podrá acceder usted y la investigadora a ellos.

Para comunicar su aceptación, deberá completar el documento del consentimiento informado. Debe tener en cuenta, que si en cualquier momento decide abandonar el estudio no tendría ningún tipo de repercusiones.

Objetivo del estudio

La finalidad del estudio es explorar la percepción del cambio de rol y desempeño ocupacional que ha podido suponer para usted la aparición de la condición actual. Para clarificar ambos términos, se definen a continuación:

Rol: Identificación de la persona con un atributo de la sociedad, de manera que, el usuario mantiene una posición social y personal acorde con éste.

Desempeño ocupacional: Se entiende como el proceso que se lleva a cabo para la realización de una actividad, desde la observación y el análisis de la situación, junto con la planificación y, una posterior actuación como respuesta al suceso.

Así mismo, también se abordará una posible intervención desde Terapia Ocupacional que facilite la recuperación de su situación anterior a la lesión.

Criterios de inclusión para el participante.

Previamente, se han establecido unos criterios de selección de aquellos participantes que pueden acceder a la investigación. Usted, cumple estos criterios, por lo que está invitado a participar.

Proceso de estudio

Su participación consistirá en una evaluación previa mediante entrevistas y aplicación de escalas específicas, y una posterior intervención consensuada. Para observar la eficacia de las sesiones, será de nuevo evaluado.

Riesgos y beneficios

La investigación no corre ningún tipo de riesgo, puesto que únicamente se obtendrá información mediante las entrevistas y escalas.

Por otra parte, puede alcanzar algún tipo de beneficio, puesto que, con el éxito de la investigación podrá recuperar sus rutinas anteriores.

Contacto

Para más información, puede contactar con la investigadora, Yolanda Vales Gómez:

Teléfono_____

Correo electrónico_____

Muchas gracias por su atención

ANEXO VII. Consentimiento informado del participante en el estudio de investigación

Título: “**Autopercepción del cambio: desempeño y rol ocupacional tras una alteración osteoarticular**”

Yo, _____

- He leído la hoja informativa que me ha sido entregada con la información necesaria de la investigación.
- He podido preguntarle mis dudas a la investigadora y/o coordinadoras de la investigación.
- Permito que mis datos personales sean utilizados en el proceso del estudio, tal y como lo explican las condiciones de la hoja informativa.
- Acepto que participo con carácter voluntario, pudiendo abandonar el proceso de la investigación en cualquier momento si yo así lo deseara.

Respecto a la recogida y conservación de sus datos personales:

- Sí acepto ser grabado/a en audio, para facilitar la recogida de datos.
- Sí acepto que mis datos sean conservados para la posible continuación del estudio.

¿Desea conocer los resultados de la presente investigación?

- Sí, deseo conocerlos.
- No deseo conocerlos.

A Coruña, ____ de _____ de _____.

El /la Participante

El /la Investigadora

