

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2019

Un proceso hacía el estado natural del cuerpo

Perez, Sofía Melina

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/233>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD Y TRABAJO SOCIAL

*"Un proceso
hacia el estado
natural del
cuerpo"*

TESIS DE GRADO PARA OBTENER
EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
TERAPIA OCUPACIONAL

SOFIA MELINA PEREZ
ALDANA MAGALÍ SIGNES

AÑO 2019. MAR DEL PLATA

ÍNDICE

▪ Hoja de firmas	5
▪ Agradecimientos	6
▪ Introducción	12
▪ Estado del arte	16
▪ Capítulo I	24
Educación Postural activa	25
Conceptos de EPA	26
Objetivos de EPA	28
Sustentos de EPA	30
La actitud psicológica ante el mundo	30
Vicios posturales	31
Corazas del cuerpo	32
Cadenas musculares	33
La fascia: órgano de sostén	35
Modalidad de trabajo	36
Experimentación de la sesión	40
Posibilidades del cuerpo	42
La función del movimiento en EPA	43
Una mirada holista de la salud desde TO	45
▪ Capítulo II	47
Mézières	48
Reeducación Postural Global	49
Eutonía	51

Stretching global activo	52
Feldenkrais	54
Antigimnasia	56
El camino hacia el conocimiento de uno mismo	57
Rolfing	59
▪ Capítulo III	61
Hacia una construcción de salud	62
Niveles de salud	64
Nivel primario	65
Nivel secundario	66
Nivel terciario	66
Atención primaria de la salud	67
Promoción de estilos de vida saludables	68
APS, TO y EPA	70
Evolución del concepto de calidad de vida	73
Calidad de vida relacionada con la salud	75
Calidad de vida, TO y EPA	76
▪ Capítulo IV	80
El vivenciar de las sensaciones	81
Sensación	82
Percepción	84
Dolor fisiológico	86
Clasificación	90
Dolor como alteración subjetiva de la sensibilidad	94

Percepción de dolor	96
Dolor y calidad de vida	98
Dolor TO y EPA	100
Dolor y técnicas somáticas	102
Apropiarse de las sensaciones	102
Integración estructural	103
El dolor útil	107
Enfoque somato – psíquico	108
La guardia del tigre	110
Autoconciencia y aprendizaje	113
▪ Aspectos metodológicos	116
Problemas	117
Objetivos	117
Variable Principal de estudio	117
Definición científica	118
Definición operacional	118
Dimensionamiento	120
Enfoque de estudio	124
Tipo y diseño de estudio	124
Población/Muestra	127
Técnica de recolección de datos	127
Instrumento	128
Análisis de datos	130
Modificación que surgieron a partir del trabajo de campo	130

▪ Resultados y análisis de datos	132
Resultados y análisis pre prueba, post prueba y comparativos	132
▪ Conclusión	145
▪ Anexo I	152
▪ Anexo II	156
▪ Anexo III	157
▪ Anexo IV	194
▪ Referencias bibliográficas	204

Hoja de firmas

Directora

Lic. En Terapia Ocupacional Martínez, Ana Julia

Firma.....

Asesoría Metodológica

Cátedra de Taller de Trabajo Final

Autoras

Pérez, Sofía Melina. DNI: 33480814

Firma.....

Signes, Aldana Magali. DNI: 33480367

Firma.....

Agradecimientos

Sofía:

Al infinito universo y a Dios por guiarme siempre a volver a mí camino. A la mágica sincronía de la vida, por cruzarme durante todos estos años con aquellas personas, que con una palabra o solo por su mera presencia me inspiraron y me colmaron el corazón de aprendizajes.

Eternamente agradecida a todas las personas y situaciones (buenas, malas o neutras) experimentadas durante toda mi vida que fueron llenando mi mochila de experiencias y aprendizajes, agrandaron mi corazón y mente, y me invitaron a mejorar como ser humano.

Principalmente gracias a mi familia, a todo mi linaje presente y no presente. ¡Me llenan de gratitud! A mi mamá Norma y mi papá Francisco, por su apoyo constante en todas las decisiones de mi vida y en el transcurrir universitario. Gracias por el amor, el cuidado, la educación y el soporte que en retrospectiva fue y sigue siendo inmenso. ¡Este éxito es co-creado y compartido con y gracias a ustedes!

A mis abuelos Raúl y Ángela, que me inculcaron la importancia del valor de la integridad humana y de los principios en la vida. A mis tíos y a mis primos, sobre todo a mi Tía Nélide por enseñarme la valía de la formación y educación. A mis hermanos Mariana, Gastón, Nicolás, a mi hermosa sobrina Olivia y la familia que con los años se va sumando. ¡Gracias totales por su gran contención y apoyo en este camino!

A mis amigos, de la vida, del colegio, del trabajo que ya escapan a toda etiqueta y se convirtieron en familia. Completamente agradecida a ellos por el apoyo constante y a Dios por reglarme tantos amigos en mi vida. A todo mi equipo de Atento, por cubrirme, apoyarme y facilitarme combinar el trabajo con el estudio. ¡Con ustedes de mi lado todo fue más fácil!

Al maravilloso Yoga que durante mi formación como profesora me cambió como persona e inculcó en mí el interés de mirar la TO desde un trabajo somático y holístico.

A mi compañera de tesis Aldana, que por esas sincronías nos reencontramos en el momento justo. Sin ser amigas en ese momento, entendimos que podíamos hacer un hermoso equipo desde lo humano y lo intelectual, que se vio reflejado durante toda la tesis. Y como siempre le dije nos complementamos a la perfección en nuestras subidas o bajadas así que gracias y ¡a seguir trabajando en equipo en algún nuevo proyecto!

A Clínicas de Salud y a la creadora de EPA, la Lic. Sandra Porro por permitirnos generosamente investigar su método. A la Lic. Marianela Rosa y Lic. Ana Julia Martínez por abrirnos las puertas de sus clases. A todos los participantes, del ciclo de EPA, que con mucho compromiso se hicieron parte de este estudio y se interesaron en poner en hojas su sentir corporal.

A nuestra directora de tesis Lic. Ana Julia Martínez, a todo el Taller de Tesis (sobre todo a Mg. Norma Gordillo) y a la Comisión de Tesis por guiarnos en este primer encuentro con el hacer una investigación de grado. Acompañándonos en este proceso con mucha paciencia y pedagogía.

A la Universidad Nacional de Mar del Plata, esta hermosa institución, con sus luces y sombras, gracias por colmarme no solo de saberes teóricos, sino de experiencias, de aprendizajes, de personas que dejaron en mí una semilla de gran valor.

Mi mayor admiración hacia aquellos profesores que supieron ponernos la piel de gallina atravesando la clase con sus palabras rebalsadas de saber y vocación. A los profesionales de la Terapia Ocupacional con los cuales he tenido el placer de compartir formaciones o cursos, que elevan la carrera con su gran pasión y compromiso. ¡Gracias por inspirarme y por convertirse en referentes del profesional que deseo construir!

Aldana:

Sincronizar en esta vida como hermana de Naiara es sinceramente un privilegio y un placer. Te doy las gracias y te dedico este logro que también es tuyo; reforzando con convicción que no importan los tiempos sino el amor y la pasión durante el proceso de formación y en cada aspecto de la vida. ¡Mi Manolita me completa!

El amor de Lucas, mi pareja, es fundamental para mí. Aquí y ahora puedo agradecer todo lo que vivimos juntos, porque no seríamos los mismos y nos amo así como somos hoy en día, con nuestros nuevos roles de papá y mamá. Explotada de amor y felicidad por tener la oportunidad de vivenciar el final/comienzo de este proceso de ser TO con Fedra dentro de mí ser. ¡Te amo hija!

Mamá y papá. Incondicionales y luchadores. El verdadero amor del cual sigo aprendiendo. Son quienes me enseñan a dar de manera desinteresada. Gracias por compartir mi vida día a día. Este logro es de ustedes. Gracias por confiar, creer en mí y por la fortaleza que tienen y me transmiten.

Gracias a mi abuela Elsa, comparto esta gran felicidad con vos. Es un orgullo y un placer para mí vivir este momento junto a vos. A mi abuelo Juan y a mi abuela Juana les dedico y comparto este logro. A mi abuelo Vicente. Sus almas están conmigo siempre. Gracias a mi abuelo Juan por enseñarme a ser pasional en el hacer y a mi abuela Juana por enseñarme a ponerle amor a las cosas como ingrediente principal. Son eternos.

Otra mujer importante en mi vida es Silvia, mi suegra. Más que compartido este logro con ella. Gracias por alentarme siempre, confiar y estar presente.

Mis amigas del alma Cel, Noe y Cho, y mis sobrinos/ sobrina del corazón Ramón, Fausto y Luján son una parte muy importante en mi vida. Estuvieron siempre y están conmigo compartiendo esta etapa tan esperada ¡gracias amigas!

La Terapia Ocupacional me ha dado otras grandes amigas: Yomi, Antito, Flor, Cesa y Andi. Y otro sobri hermoso del corazón que viene en camino: Jano. Este proceso es hermoso y gratificante porque ustedes están a mi lado.

Gracias a la facu me encontré con muchas lindas personas que fueron y son parte de mi vida y estoy agradecida porque he aprendido mucho y sigo aprendiendo de ellas. Compañeras y profesoras, ahora colegas, que han dejado su impronta en mí y/o continúan compartiendo conmigo. Agus, Clari, Yas, Mari,

Yesi, Merce, Sylvia, compas de la Juegoteca, de las prácticas clínicas y muchos/as más.

Si de alguien he aprendido a luchar, a tener fortaleza y dar amor es de mis amigas Aye, Marce y Jessi. También para Mateo, Gael y Amelie. ¡Gracias por ser parte!

A mi compa de tesis, Sofi, por invitarme a recorrer juntas este camino. Creo que no puedo poner en palabras lo agradecida y feliz que me hace haber sincronizado con vos en este momento. Nos conocimos en el hacer y siento y pienso que podemos hacer mucho más juntas. Somos un muy buen equipo en busca de otra TO posible y sanadora para el ser.

Gracias a nuestra directora de Tesis, Lic. Ana Julia Martínez por el gran acompañamiento y amor que nos ha brindado en este maravilloso proceso. Gracias a la Lic. Sandra Porro por permitirnos investigar sobre el método, entrar en Clínicas de Salud y a sus ciclos de EPA. El mismo cálido agradecimiento para la Lic. Marianela Rosa. También para la Mg. Norma Gordillo, como parte principal del asesoramiento metodológico de nuestra investigación.

Y para finalizar ¡gracias a la vida! Y aquel momento que por motivos personales me acerqué al Yoga y supe que ese camino es el que quiero para trabajar en salud, formándome a la par en la Universidad y en diferentes métodos holísticos en pos de integrar todo lo aprendido, vivenciando con el cuerpo y el alma a mi futura y amada profesión. Transitar todos estos años en la Universidad Nacional de Mar del Plata, espacios de Terapias Complementarias y los diferentes trabajos que tuve me hicieron aprender el valor del conocimiento e información, la calidad humana, la importancia de la comunicación, el trabajo en

equipo, la empatía, resiliencia y sororidad. ¡Gracias a todas y todos los que han dejado su huella y han sido el puntapié (de una manera u otra) para nuevos comienzos!

INTRODUCCIÓN

“Por naturaleza, todos estamos interesados en nosotros mismos. Si utilizamos ese interés para ir a fondo de nosotros mismos, encontraremos el lugar donde reside nuestro ser auténtico, y entonces se nos revelará el secreto de la felicidad”.

D. Chopra

Luego de la lectura de diversos métodos y técnicas somáticas, más el inicio en la experimentación de las mismas, decidimos para finalizar nuestra formación de grado de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, llevar a cabo una investigación con el objetivo de conocer la influencia de la Educación Postural Activa (EPA) en la percepción del dolor. Nos parece pertinente considerar esta variable de estudio ya que hemos encontrado investigaciones sobre la autoconciencia corporal en EPA pero no específicamente de cómo las personas perciben su dolor. Titulamos nuestra tesis “Un proceso hacia el estado natural del cuerpo”.

Elegimos hablar de proceso, ya que en términos de salud, constantemente nos estamos moviendo entre los polos salud - enfermedad, en búsqueda de un equilibrio holístico, que contemple las áreas física, psíquica, espiritual, emocional y social. Esta explicación puede considerarse ideal, ya que la mayoría de las personas ingresan al sistema de salud cuando las molestias

interfieren en su quehacer diario, y no consideran la posibilidad de participar en programas de salud enfocados desde la prevención y promoción de la misma.

Las personas desconocen el poder de autocuración que es inherente al ser humano, posicionándose de un modo pasivo y no comprometido. Delegando su bienestar a los otros y concibiendo su cuerpo de manera fragmentada.

Todos tenemos formidables poderes de autocuración. (...) A fuerza de estar programados para una idea de la belleza retorcida, ni siquiera sabemos cómo sería una forma bella y sana. La forma es inimitable, es personal. Se puede pasar una vida buscando sucesivos modelos. Se cambia de modelo pero sin llegar a cambiar la opinión desfavorable que uno tiene de sí mismo. Muchas personas no imaginan que podrían abandonar sus modelos y mirarse tal cual son. (...) La naturaleza nos deja la posibilidad de estar en forma y de tener formas bellas. Cada uno de nosotros puede descubrir su oportunidad en este campo. (...) Todos tenemos el poder de crear nuestro equilibrio. El equilibrio, la belleza y la salud son posibles. Si se sufre, si se tiene el cuerpo ya deformado, o se ha pasado desde hace tiempo la edad de los primeros pasos, es aún y siempre posible¹.

Elegimos este tema de investigación debido a que estamos convencidas de que la educación somática brinda herramientas a las personas para que se vuelvan protagonistas activas en la construcción de su salud. En este proceso constructivo, los momentos de desequilibrio se corresponden con situaciones negativas. Las cuales pueden rescatarse como punto de partida hacia el

¹ Bertherat, T. 2010. La guarida del tigre: Antigimnasia para el dolor de espalda y las contracciones musculares. Buenos Aires. Ed. Paidós. Págs. 16-17.

encuentro de la homeostasis. Transitando un camino personal que respete los tiempos individuales e integre sensaciones que van haciéndose claras a la conciencia y que ponen en contacto a la persona con su ser más íntimo.

“Una persona que se somete a la integración de su estructura corpórea experimenta el vínculo básico que existe entre estructura y emoción. A medida que se acerca al equilibrio estructural sabe que sus esquemas psicológicos también han cambiado”².

El estado natural del cuerpo es aquel que toda persona tiene desde el momento del nacimiento. Sin embargo con el paso del tiempo y debido a las presiones sociales y culturales que se van imponiendo, este se va desdibujando y la persona va perdiendo la conexión con sus sensaciones. Este estado en realidad nunca se pierde, sino que se oculta tras corazas que la persona va aprehendiendo e integrando a su esquema corporal. Esto lleva a que el sujeto no habite su cuerpo, naturalice molestias o dolores y se desentienda de las necesidades corporales.

La belleza en cada uno de nosotros es nuestra forma natural cuando no es atormentada, retorcida o pinzada por las retracciones de los músculos. La naturaleza nos ha hecho a todos virtualmente perfectos en nuestras formas. (...) Nuestro cuerpo parece haber conservado para siempre la memoria de su forma ideal. Por retorcidos y deformados que estemos, los músculos siguen siendo maleables. Es decir, que durante

² Rolf I, 1994, Rolfing: La integración de las estructuras del cuerpo humano, España, Ed: Urano, Pág. 18

toda la vida permanecen capaces de liberarse de sus deformaciones y de acercarse a su forma perfecta³.

La dimensión del dolor toma otro camino cuando la persona lo registra como un emergente o mensaje de que algo no funciona bien, descubriendo un conflicto que de otro modo no se percataría. Esta percepción se contextualiza en un universo subjetivo de creencias, valores y comportamientos dentro de un marco sociocultural.

Hacemos hincapié en el apropiarse del dolor para mejorar la calidad de vida. Es acá donde interviene la EPA. Este medio terapéutico enmarcado dentro de la Atención Primaria de la Salud (APS), propone una modalidad de trabajo corporal, entendiendo a la conducta del cuerpo como una conducta global de la persona. Como así también, que al experimentarlo se convenza de que esta forma de trabajo corporal es en post de un mayor bienestar y modo de vivir.

“Un cuerpo móvil, viviente podrá encontrar la fuerza, la posibilidad de ser feliz”⁴.

³ Bertherat, T. 2010. La guarida del tigre: Antigimnasia para el dolor de espalda y las contracciones musculares. Buenos Aires. Ed. Paidós. Págs. 66-67.

⁴ Bertherat, T, 2015, El cuerpo tiene sus razones: Autocura y antigimnasia, Argentina, Ed Paidós, Pág. 132

ESTADO DEL ARTE

“Si alguien desea una buena salud, primero debe preguntarse si está listo para eliminar las razones de su enfermedad. Solo entonces es posible ayudarlo”.

Hipócrates

Luego del rastreo bibliográfico realizado en la Biblioteca Central de la UNMDP (Hemeroteca), en la Biblioteca del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la UNMDP, en la Biblioteca de la Universidad Fasta Facultad de Ciencias Médicas, en la Asociación Marplatense de Terapeutas Ocupacionales (AMTO) y en el buscador Google académico; no se detectó información pertinente respecto de la influencia de la Educación Postural Activa en la Percepción del dolor. Es por esto que para proporcionar un mayor entendimiento de nuestro estudio, es que se decide analizar de manera independiente cada una de nuestras variables.

Con respecto a la Educación Postural Activa:

En el **2018**, Di Carlo, A., Haag, T. L. y Mozo L., de la carrera de Lic. Terapia Ocupacional de la en la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) presentaron su tesis “Análisis del autoconocimiento corporal en personas con diagnóstico de hemiplejía. Una mirada de Terapia Ocupacional desde la Educación Postural Activa”. Buscaron conocer cuáles son las nociones del Autoconocimiento Corporal y cómo son aplicadas en el desempeño de las ABVD,

por las personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejia post ACV atendidas en el Servicio de Terapia Ocupacional del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS), de la ciudad de Mar del Plata en el período agosto-septiembre del año 2018. El estudio fue cuantitativo, exploratorio - descriptivo con corte transversal. La muestra queda conformada por 15 personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejia post ACV. Se utilizaron dos instrumentos: evaluación del Autoconocimiento Corporal y una evaluación del Nivel de Autoatención.

Al finalizar la investigación concluyeron que a pesar de que, en términos generales, las personas presentaron ciertas nociones acerca del autoconocimiento corporal, las mismas no se vieron reflejadas en el desempeño de las ABVD. Proponen como modelo de intervención la Educación Postural Activa, para guiar al paciente con lctus hacia un camino de redescubrimiento de conciencia y de introspección corporal; registrando atenta y minuciosamente sensaciones, posturas, movimientos, percepciones y emociones. Mejorando la salud, bienestar y calidad de vida

En el **2017**, Casalongue, N. y Gorrini M. F, de la carrera de Lic. Terapia Ocupacional de la UNMdP presentaron la tesis de grado “Autoconocimiento Corporal de los Lic. en Terapia Ocupacional que asisten a la Pre-formación de Educación Postural Activa.” Intentaron analizar las características del autoconocimiento corporal de Lic. en Terapia Ocupacional que realizan la Pre-Formación en EPA. El estudio tuvo un enfoque cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo con un diseño no experimental transversal. La muestra fue integrada por 7 Licenciadas en Terapia Ocupacional que concurren a la Preformación de

Educación Postural Activa en la ciudad de Mar Del Plata en el período abril-noviembre del año 2016. Los instrumentos fueron entrevista y observación.

Al finalizar el estudio llegaron a la conclusión de que las Lic. en Terapia Ocupacional no tuvieron un registro consciente de su propio cuerpo, aunque adhieren a que el Autoconocimiento Corporal se debe tomar como una herramienta fundamental de trabajo, necesaria para vincularse y poder relacionarse con el otro. Proponen como discusión que desde lo académico faltan herramientas para poder abordar al cuerpo desde una mirada holística y lo importante de generar más espacios para la formación de los alumnos desde la facultad.

En el año **2013**, las autoras Bertocchi Julia y Gasparri Natalia, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, presentaron su tesis de grado: “Una manera distinta de posicionarse en la vida, un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa”. A través de pre y post evaluaciones, analizaron la forma en la que las sesiones de Educación Postural Activa influyen en la calidad de vida de las personas que concurren a las mismas durante el período julio-agosto 2013 en Clínicas de Salud de la Ciudad de Mar del Plata. La investigación concierne a un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, de campo y transversal. Cuya muestra estuvo compuesta por 14 personas. Las técnicas de recolección de datos implican un cuestionario administrado por entrevista personal antes de comenzar el taller, y luego de haber transcurrido diez sesiones.

Al finalizar la investigación concluyeron que la aplicación de la Educación Postural Activa influye de manera positiva en la calidad de vida de las personas

que concurren a dicho tratamiento, haciéndose visibles claras diferencias en la percepción de la calidad de vida. “Luego de la intervención desde EPA se observó un marcado aumento respecto a la percepción de la mejoría de la calidad de vida”.⁵

En el mismo año, las alumnas Gutiérrez M. Fernanda y Preckel Bárbara de la Universidad Nacional de Mar del Plata presentaron su tesis de grado: “Conocimiento y aplicación de la educación postural activa en adultos mayores”. A partir de la experiencia de campo de un taller de Educación Postural Activa, analizaron la adquisición de autoconocimiento corporal necesario para el cuidado de la propia salud, en un grupo de 15 adultos mayores en el contexto del programa “talleres rotativos” de PAMI, en el centro de jubilados: “Volver a Vivir” de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo marzo-mayo del año 2012. La investigación concierne a un tipo de estudio experimental, correspondiendo metodológicamente a una sistematización de una experiencia de campo. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación participante, los cuadernos de campo y las entrevistas posteriores a la implementación del taller.

Al finalizar la investigación concluyeron que la aplicación del taller fue altamente beneficiosa para los adultos mayores, en tanto y en cuanto, logró abrir interrogantes acerca del autocuidado corporal y de esta manera se iniciaron en un proceso de autoconocimiento que les dio la posibilidad de estar más abiertos, receptivos, disponibles, a los mensajes que emite el cuerpo; además de apropiarse de herramientas que permitieron ampliar

⁵ Bertocchi Julia, Gasparri Natalia (2013). “Una manera diferente de posicionarse en la vida. Un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa”. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Pág. 166

sus posibilidades de potenciar el control sobre su propia salud y que contribuyen, con un estilo de vida más saludable. ⁶

Por otra parte en referencia a la percepción del dolor se encontraron los siguientes estudios:

En el **2012**, Alejandro Sola, Pablo Pedrosa, Adrián Salvatore, Susana Salomón y José Caren, investigaron sobre “Manejo del dolor en pacientes hospitalizados” publicado en la revista médica universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Cuyo. Se propusieron evaluar la efectividad y adecuación de la terapia analgésica en pacientes internados con dolor. Dicho estudio nos es de suma importancia ya que es precedente de utilización del mismo instrumento elegido en nuestra tesis.

El diseño de estudio fue transversal, descriptivo y observacional, mediante revisión de historias clínicas y encuesta validada que incluye el Brief Pain Inventory (BPI), Short Form modificada por Weissbrod y Stonski. La muestra fue compuesta por 139 pacientes de sexo mixto con una edad promedio de 43.4 años internados en áreas tales como: en clínica médica, cardiología, cirugía, quemados, ginecología, maternidad, traumatología, neurología y urología.

Al concluir el estudio concluyen y ponen en discusión que los avances en el conocimiento de la fisiología del dolor y el descubrimiento de nuevos principios activos y técnicas analgésicas, han generado nuevas herramientas, facilitando

⁶ Gutiérrez M. Fernanda, Preckel Bárbara (2013). “Conocimiento y aplicación de la educación postural activa en adultos mayores” .Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Págs. 143 - 144

el manejo de este síntoma. A pesar de esto, continúan existiendo falencias en el tratamiento del dolor en la práctica diaria. La ausencia de protocolos y normas estandarizadas para el manejo del dolor, resulta en prácticas basadas en la experiencia individual de cada profesional, lo que se traduce en la ineffectividad de la estrategia terapéutica instaurada, en aproximadamente la mitad de los pacientes

En el año **2006** las alumnas Malvestitti, María Perla; Menéndez Ana Gabriela y Octavio Diamela Soledad presentaron su tesis de grado: “Evaluación desde Terapia Ocupacional sobre la relación del dolor, ansiedad y depresión con la capacidad funcional de pacientes con Artritis Reumatoidea” en la Universidad Nacional de Mar del Plata. El objetivo cardinal de la investigación era determinar la relación entre el dolor, los aspectos emocionales y depresión con la capacidad funcional de pacientes adultos con Artritis Reumatoidea que concurrieron al grupo de autoayuda AMAR durante el año 2005. El tipo de enfoque seleccionado para llevar a cabo dicha investigación fue cuantitativo; el tipo de estudio descriptivo correlacional; el diseño no experimental transeccional correlacional. Realizaron la muestra con 30 pacientes con Artritis Reumatoidea que concurrieron a AMAR en Mar del Plata durante el primer cuatrimestre del año 2005. Los instrumentos que utilizaron fueron: Cuestionario del dolor de Mc Gill; la Escala de Medición del impacto artrítico para evaluación de la capacidad funcional (AIMS2); y la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HAD).

Concluyen que la relación más directa y significativa es la intensidad al dolor, la cuales una faceta valorativa del mismo, comprobando así que a mayor dolor menor capacidad funcional. Proponen un abordaje del paciente y de la

enfermedad de manera integral desde Terapia Ocupacional, contemplando los aspectos emocionales, el dolor y la capacidad funcional de la persona. También plantean que la información obtenida en su tesis podría ser utilizada para justificar la incorporación de instrumentos que evalúen al dolor en forma multidimensional y multidisciplinaria en pacientes con Artritis Reumatoidea.

En noviembre de **2003** se desarrolló una Tesis de Grado “Intervención del Terapeuta Ocupacional en una Escuela de Espalda” considerando de importancia para el ejercicio del rol de Terapeuta Ocupacional, describiendo y evaluando los efectos de la intervención profesional sobre la Mecánica Postural, Desempeño Ocupacional y Dolor en un Programa de Escuela de Espalda en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. El tipo de investigación fue exploratorio-descriptivo, no experimental con Pre test y Post test y control de un solo grupo. La muestra estuvo conformada por 30 personas que realizaron el Programa de Escuela de Espalda en dicho Servicio, entre los años 2000 y 2003. El rango de edad de los sujetos fue de 38 a 78 años con antecedentes de dolor de espalda, principalmente en la zona lumbar. La mayoría de sexo femenino de ocupación ama de casa. La técnica de recolección de datos utilizada fue una entrevista semiestructurada.

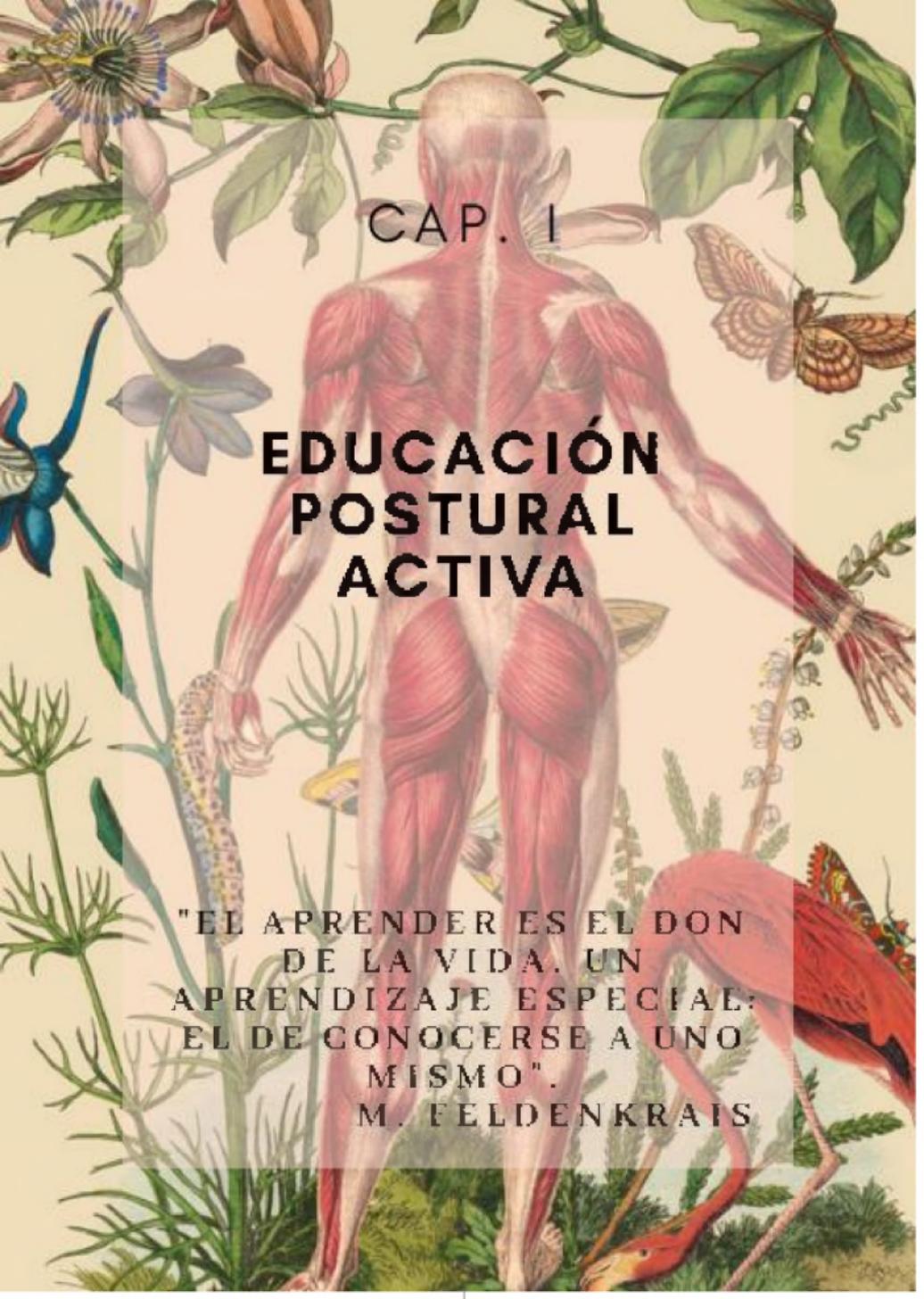
Se concluyó que la intervención del T.O. en esta Escuela de Espalda beneficia a la población ya que hay adherencia terapéutica después de concluido el programa, siendo esta adherencia mayor inmediatamente después de concluir el programa, que luego de un tiempo de finalizado el mismo. Se observó mayor adherencia a la intervención en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. “La intervención favoreció el desempeño de las actividades de tiempo libre, como

también en la corrección de posturas y en otras áreas de desempeño. Los pacientes mencionaron poseer mayor conciencia corporal”⁷.

También en el año **2003** F. López de Castroa, F.J. Rodríguez Alcaláa, I. Méndez Gallegob, R. Mancebo Pardoc y R. Gómez Calcerradad; publicaron en la revista española “Atención primaria” la investigación: ¿Existen diferencias en la percepción del dolor entre varones y mujeres? El objetivo fue valorar posibles diferencias entre varones y mujeres en la percepción de un estímulo doloroso (venopunción). El estudio tuvo un diseño observacional, analítico y transversal. La muestra fue compuesta por 709 personas mayores de 14 años que acudieron a tres centros de salud para extracción de sangre.

Al culminar la investigación arribaron a la conclusión que no se presentó diferencias significativas entre varones y mujeres en la percepción del estímulo doloroso. Sin embargo afirman que existe gran variabilidad individual, lo que indica que los factores fundamentales son los psicosociales.

⁷ Aguirre, M.J; Schmale, E; Villarreal, M.; 2003. “Intervención del Terapeuta Ocupacional en una Escuela de Espalda” Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de ciencias de la salud Y Servicio Social. Lic. En Terapia Ocupacional.

The background of the cover is a detailed botanical illustration. It features a central anatomical drawing of a human back, showing the muscles and spine in a reddish-pink hue. This anatomical figure is superimposed on a lush, natural scene. To the left, there are various flowers, including a large purple passionflower and a blue bell-shaped flower. To the right, a brown and orange butterfly is shown in flight. At the bottom right, a red and black bird, possibly a flamingo or a similar wading bird, is partially visible. The overall style is that of a classic scientific or educational illustration, with fine lines and a rich color palette.

CAP. I

EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA

**"EL APRENDER ES EL DON
DE LA VIDA. UN
APRENDIZAJE ESPECIAL:
EL DE CONOCERSE A UNO
MISMO".
M. FELDENKRAIS**

EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA

La Educación Postural Activa (EPA) es un método de tratamiento que intenta proveer las herramientas necesarias para que cada persona, mediante la auto-observación del funcionamiento corporal, encuentre por sí misma la fluidez que su cuerpo ha perdido.

Nuestro cuerpo es nosotros mismos. Él es nuestra única realidad aprehensible. No se opone a la inteligencia, a los sentimientos, al alma. Los incluye y los alberga. Por ello, tomar conciencia del propio cuerpo significa abrirse el acceso a la totalidad del propio ser, porque el cuerpo y el espíritu, lo psíquico y lo físico, incluso la fuerza y la debilidad, representan, no la dualidad del ser, sino su unidad.⁸

Es un medio terapéutico desarrollado por la Licenciada en Terapia Ocupacional Sandra Porro, quien basándose en el fundamento pedagógico de la Terapia Ocupacional y la formación en diversas disciplinas que tienen en común el trabajo somático, consciente y holístico, da origen a esta modalidad de abordaje terapéutico. Fue creado con el propósito de brindar a la persona la posibilidad de aprender a conocer y aceptar su propio cuerpo, empoderarse de él. Su propuesta apunta a acompañar y guiar al sujeto durante el proceso de búsqueda de su propio equilibrio, no como punto de llegada, sino como un camino basado en la experimentación activa y continua.

⁸ Bertherat, T. 2015, El cuerpo tiene sus razones: Autocura y antigimnasia. Argentina. Ed: Paidós. Pág. 13.

Enmarcada dentro de la Atención Primaria de la Salud, tiene como meta desarrollar y mantener la salud postural del cuerpo. Este método conlleva un proceso de cambio y se basa en un conocimiento científico-práctico: la anatomía vivencial y el abordaje biomecánico descriptivo. Es absolutamente necesario considerar y tratar el cuerpo como una unidad, todas sus partes colaboran en la estructura postural, desde los pies hasta la cabeza.

La EPA es una técnica educativa y preventiva concebida para tratar a la persona desde una perspectiva global. Mediante un trabajo postural basado en ejercicios de estiramientos activos globales, busca devolver la movilidad del conjunto del sistema articular, despertar las zonas adormecidas del cuerpo y ayudar así a cada participante a encontrar de nuevo su equilibrio morfológico.

El método se fundamenta: “Todos somos perfectos, nacemos perfectos”⁹. Un cuerpo perfecto es sencillamente un cuerpo sin rigideces grabadas, por lo tanto no es más que la forma natural del cuerpo, la saludable, la que permite una continua adaptación a los cambios que la vida propone.

Conceptos de EPA

- Educación: entendiendo la educación en salud como el proceso de educación permanente orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que

⁹ Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro, S., Villar, G.,...Lis, D. 2016 Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (1° Ed), Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional; Miramar, Buenos Aires, Argentina: Editorial M.B. Pág. 58.

lo rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y saludable.

La EPA se sustenta en la concepción pedagógica de facilitar la creación de un proceso de aprendizaje en el cual el deseo y las ganas de aprender surgen de la propia persona que está motivada y estimulada en concordancia con sus propias posibilidades reales. El motivo de la educación es incrementar nuestra toma de conciencia, adquirir el conocimiento nos permite liberarnos del interlocutor y así empoderarnos de nuestro cuerpo.¹⁰

• Postural: La postura se determina y mantiene mediante la coordinación de los diferentes músculos que mueven los miembros, mediante la propiocepción (sentido que informa al organismo sobre la posición de los músculos, tendones y articulaciones) y también mediante el sentido del equilibrio. Está influenciada por factores culturales, hereditarios, profesionales, hábitos (pautas de comportamiento), modas, aspectos psicológicos, fuerza, flexibilidad, etc.

La postura sería un modo muscular de estar en el cuerpo que permite a los músculos profundos el sostenimiento del esqueleto. En cambio la impostura nos acercaría al voluntarismo, el deber ser muscular, a los modelos impuestos, a normas sociales que tal vez se desentienden de las necesidades corporales. (...) Se precipita la impostura cuando, a pesar del cansancio, la espalda entra triunfante en la escena cotidiana;

¹⁰ Op. Cit.; Pág. 57.

también cuando la boca queda atrapada en una sonrisa forzada, o el vientre se contrae para no mostrarse.¹¹

- Activa: En todo proceso de cambio se necesita de un compromiso de participación activa para realizar acciones que conduzcan a mejorar la salud y el bienestar. Debemos responsabilizarnos por nuestras acciones, registrar todo tipo de sensaciones y el darse cuenta en el aquí y ahora nos permitirá efectivizar los cambios necesarios para estar mejor. Por lo que es totalmente necesario que la persona esté dispuesta a tener ese contacto. La conciencia del cuerpo hay que conquistarla y la conquista únicamente, el que se lo permite. “El movimiento no nos revela a nosotros mismos si no tomamos conciencia de la forma en que se hace, o no se hace”¹².

Objetivos de EPA.

Se basan en dos pilares fundamentales:

- Acompañar a la persona en el re-descubrimiento de su cuerpo.

En el abordaje la terapeuta acompaña en el proceso del otro, lo guía en su experiencia. Pone a su disposición conocimientos basados en su formación académica y en su experiencia clínica, también su creatividad cuando el devenir del vínculo terapéutico lo requiera y sea necesario para sostener el proceso de trabajo con la persona.

La observación atenta y minuciosa de los procesos somáticos a través de todos los sentidos facilita el camino del autoconocimiento y desarrolla la

¹¹ Kesselman, S. 1990. El pensamiento del cuerpo. España. Ed. Paidós. Pág. 102.

¹² Bertherat, T. 2015; “El cuerpo tiene sus razones, Autocura y Antigimnasia; Argentina; Ed. Paidós; 2º edición; Pág. 70.

conciencia corporal. De esta forma la persona inicia un proceso de aprendizaje en el cual comenzará a tomar conciencia del funcionamiento de su propio cuerpo.

- Actuar sobre el sistema músculo-esquelético. Una de las causas fundamentales de la deformación corporal al acortamiento (inevitable) es la supremacía de la cadena muscular posterior. Esta se concibe no solo para para asumir gran parte de los esfuerzos del cuerpo sino también, que su entretreído hace que el conjunto de los músculos posteriores se comporte como uno sólo; de esta manera cualquier acción localizada provoca el acortamiento de la cadena muscular posterior entera: desalinea articulaciones y deforma al cuerpo de diversas y muchas maneras.

A su vez, postula otros objetivos principales:

- Promover la oxigenación corporal.
- Liberar corazas musculares.
- Disminuir las tensiones corporales.
- Flexibilizar rigideces corporales.
- Elongar la cadena muscular posterior.
- Modificar hábitos posturales.
- Aliviar dolores crónicos.
- Generar bienestar y calidad de vida.
- Iniciar el camino a la autocuración.

Para recuperar la fluidez perdida, la EPA apela a la movilización de todos los músculos del cuerpo a través de pequeños movimientos precisos que

corresponden a la fisiología muscular, intentando evitar las compensaciones sin forzar la amplitud articular. Las movilizaciones corporales provocan movilizaciones emocionales. Las personas a través de los movimientos liberan historias que se fueron inscribiendo en su cuerpo y que quedaron aprisionadas bajo la forma de corazas musculares.

La elongación muscular es una de las herramientas de la EPA. A través de auto posturas de elongación de las diferentes cadenas musculares estáticas o posturales se promueve la flexibilización de la musculatura superficial originalmente mejor preparada para el movimiento, dejándola libre de los esfuerzos innecesarios procurando al cuerpo una experiencia de placer y bienestar que con el correr del tiempo es incorporada al esquema corporal.¹³

Sustentos de EPA

A lo largo de la vida intervienen en nuestra forma y función corporal la actitud psicológica ante el mundo, los vicios posturales, las corazas musculares, la gran supremacía de la cadena muscular posterior y los acortamientos miofasciales. Para mayor conocimiento se ampliarán dichos conceptos.

La actitud psicológica ante el mundo

¹³ Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro; S., Villar, G., Lis, D. (2016) Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (1° Ed), Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional; Miramar, Buenos Aires, Argentina: Editorial M.B. Pág. 61

La actitud psicológica gobierna los actos y la forma de actuar de las personas. Cada uno de nosotros habla, se mueve, piensa y siente de forma distinta.

Es una predisposición que aprende la persona en el transcurso de su vida para responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente y que está organizada a base de valores, creencias y sentimientos.

Cuando un individuo tiene problemas inconscientemente modifica su cuerpo, solidifica su actitud mental en un segmento biológico. (...)

Todos los cuerpos registran los traumas emocionales y físicos de la vida, es decir, todo lo que va sucediendo en la vida de un hombre.¹⁴

Vicios Posturales:

Son entendidos como aquellos desequilibrios del sistema musculoesquelético que producen un mayor gasto de energía del cuerpo, ya sea cuando éste se encuentra en actividad o en reposo, provocando cansancio y/o dolor.

Las personas al tratar de reestablecer el equilibrio de sus cuerpos, adoptan nuevas posiciones, ocasionando mayores deformidades, en vez de apaciguar los efectos de una mala postura. Estas deformidades pueden ser incapacitantes desde el punto de vista estético y de orden funcional.

“Observando los modos de utilización de la musculatura profunda y superficial, se comprueba que las personas usan, en gran medida, sus músculos

¹⁴ Rolf, Ida P. Rolfing. 1994, La integración de las estructuras del cuerpo humano, España, Ed. Urano. Pág. 40 y 84

superficiales para el sostenimiento esquelético en lugar de la musculatura profunda. Esto conduce a desviaciones de la postura.”¹⁵ Las corazas musculares se relacionan con este hecho.

Corazas en el cuerpo

La historia personal de cada sujeto va inscribiéndose en el cuerpo. Su estructura ha sido y es modificada por episodios diversos que han dejado y dejan su sello en el equilibrio que originariamente pudo haber tenido. “Cada uno lleva grabado el sello de su propia historia”.¹⁶

De manera inconsciente la musculatura acumula tensiones en forma de corazas musculares, que se van alojando en el cuerpo actuando como mecanismos defensivos para la supervivencia psicofísica de la persona. Luego, con el tiempo y su persistencia, estas tensiones actúan como frenos y limitaciones en el desempeño autónomo de su vida diaria influyendo directamente sobre la calidad de vida. Las corazas musculares son un monto de energía acumulada por la contractura muscular, consecuencia de conflictos y situaciones de tensión cotidianas. Si bien estas corazas nos defienden del dolor, conllevan a rigideces y deformidades que van rompiendo la armonía y obligan a compensaciones posturales.

Construimos corazas musculares como fortalezas, desde donde miramos la vida. Nuestros ojos ven lo que nuestras crispaciones permiten.
(...) Las corazas son conductas defensivas que nos protegen de

¹⁵ Kesselman, S. 1990. El pensamiento del cuerpo. España. Ed. Paidós. Pág. 102

¹⁶ Rolf, Ida P. Rolfing. 1994, La integración de las estructuras del cuerpo humano, España, Ed. Urano. Pág. 84

sentimientos, de sensaciones que nos ponen en peligro, porque nos conectan con nuestras debilidades –provenientes tal vez de otros momentos de la vida- y que se actualizan en verdaderas armaduras musculares. Hemos aprendido a construir defensas para inhibir nuestras sensaciones y sentimientos; pero, aún más, hemos aprendido a no sentir sensaciones y sentimientos y a construir corazas seguras, no sólo para resguardarnos sino para ir dejando poco a poco de sentir. Las corazas son palabras, movimiento, imagen, recuerdo, pensamiento agazapado en el cuerpo. (...) El cuerpo acorazado ha perdido contacto consigo mismo. Se ha ido insensibilizando a sus sensaciones, tiene una pobre percepción de lo que pasa, poca receptividad para auto observarse.¹⁷

La musculatura de nuestro cuerpo se ha ido endureciendo por cóleras y miedos que ni siquiera llegan a la conciencia, y se pueden plantar en cualquier parte del cuerpo bloqueando los músculos.

Cadenas musculares

Los músculos se agrupan en dos grandes categorías: Músculos de la estática y músculos de la dinámica.

Los músculos de la estática (músculos tónicos), son los responsables de sostenernos en la postura de pie y del sostén de los órganos internos. Tienen un alto tono, sus fibras se encuentran en estado de contracción permanente, sin cese de actividad, incluso en estado de reposo absoluto. Garantizan nuestra estabilidad y se organizan en cadenas musculares.

¹⁷ Kesselman, S. 1990. El pensamiento del cuerpo. España. Ed. Paidós. Pág. 77.

Los músculos de la dinámica no son fibrosos, prácticamente no desempeñan ningún papel en el sostenimiento de la postura de pie. Junto con los de la estática realizan los diferentes movimientos corporales.

Según Léopold Busquet (1994): “Las cadenas musculares representan circuitos en continuidad de dirección y de planos a través de los cuales se propagan las fuerzas organizadoras del cuerpo”.¹⁸

Hay dos cadenas maestras principales: la anterior y la posterior, además de otras cadenas accesorias. La gran cadena posterior nos erige contra la gravedad y la gran cadena anterior asegura ante todo, la suspensión principalmente del diafragma y las vísceras. Las cadenas accesorias son solidarias con estas dos principales, estas son: la inspiratoria, la antero- interna del hombro, la antero-interna de la cadera, la superior del hombro, la anterior del brazo, y la lateral del muslo.

El tratamiento de las cadenas musculares es en realidad un trabajo de las fascias. Los músculos están contenidos en vainas interdependientes. Toda demanda de longitud en un sentido necesitará de un préstamo del conjunto de la tela fascial. Si este crédito de longitud no se puede conceder, se produce una tensión dolorosa que desencadena por vías reflejas tensiones musculares.

Sólo mediante un alargamiento global y simultáneo puede recuperarse toda o parte de esa longitud. En cambio, un estiramiento local, no hará otra cosa que trasladar el acortamiento y camuflar la lesión.

¹⁸ Busquet, L. 2007. *Las cadenas musculares TOMO I (4ª edición)*. España: Paidotribo. Pág. 15

La fascia: órgano de sostén.

Como dijimos, en los ciclos de trabajo corporal de EPA se trabaja sobre la fascia.

La fascia forma una trama intrincada, coextensiva con el cuerpo y básica para éste, para su bienestar y para su función. Los tejidos conectivos y en particular la fascia, se encuentran en un estado permanente de reorganización continua. Existen diferentes capas fasciales:

- Fascia superficial. Tejido fibroaerolar que alberga gran parte de la grasa corporal. Este tejido puede estirarse en cualquier dirección y se adapta con rapidez a cualquier tipo de tensiones.
- Fascia profunda. Capa densa y tersa que permite que las estructuras adyacentes se deslicen unas sobre otras.

Las fascias que se encuentran en buen estado son elásticas y pueden acortarse en situaciones de estrés, o alargarse durante la relajación.

El acortamiento de una unidad miofascial es una función tan importante y tan legítima como su alargamiento. Sólo el acortamiento crónico, al cual no se le llama ya contracción, sino contractura, es motivo de preocupación. La contractura persistente de un tejido muy poderoso comprime la articulación subyacente y, al hacerlo, desequilibra otras estructuras musculares cuya integridad depende de un preciso equilibrio entre las articulaciones con ellas relacionadas. Una compresión tal puede manifestarse como dolor o incomodidad.¹⁹

¹⁹ Rolf, Ida P. 1994. Rolfling, La integración de las estructuras del cuerpo humano, España, Ed. Urano. Pág. 76

Modalidad de trabajo:

El proceso de trabajo comienza con una entrevista individual que tiene dos propósitos fundamentales, por un lado recabar información de la historia corporal del sujeto y sus expectativas de logros; y por otro para que la persona comprenda que este tipo de abordaje requiere de voluntad y deseo de emprender un proceso de cambio y que necesitará inevitablemente de un compromiso de participación activa durante todo el proceso terapéutico.

Con el paso del tiempo y en relación con la experiencia vivenciada cada persona será responsable de su propio proceso de autoconocimiento mediante una participación activa; donde cada movimiento, postura o ejercicio que se realizan cobra sentido y pasa a estar integrado de manera natural a la vida diaria.

Durante las sesiones se trabajan las distintas partes del cuerpo para poder finalmente englobar al conjunto considerando al ser humano como un ser indivisible, complejo y único; y no la suma de las partes.

Es así como cada persona recorre todos los “rincones” de su cuerpo intentando despertar todas las zonas que conforman la estructura somática. Palpándose los músculos y tomándose el tiempo necesario para darse cuenta lo que verdaderamente siente. Se empieza entonces a conocer el cuerpo de una manera más amplia que basándose únicamente en el testimonio de los ojos.

Este abordaje se adapta a todas las edades y estados físicos, ya que considera al cuerpo como materia lábil, maleable y modificable. “No importa la

edad, las tensiones pueden ceder, las malformaciones desaparecer y el equilibrio restablecerse”²⁰.

La EPA se practica en pequeños grupos. Las sesiones se realizan una vez por semana y tienen una duración aproximada de una hora y media. Las mismas se encuadran en tres ciclos de diez sesiones cada uno.

La sesión parte de un aprendizaje vivencial que toma como eje la sensación (recepción de estímulos sensoriales provenientes del ambiente externo o del interior del propio cuerpo) y la percepción (proceso mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos para darle significación) con el fin de despertar en uno, un proceso de auto-observación que lo conducirá al reconocimiento de sus reacciones corporales y de las relaciones entre estas, y sus estados afectivos y emocionales.

El trabajo corporal no se basa en ejercicios sino en experiencias corporales; donde el tiempo y el lugar de la experiencia forman parte de lo que cada persona descubre en su interior, de sus necesidades, sus deseos y sus búsquedas. Se habla de movimientos porque estos nos recuerdan lo que hacemos en la vida. Las percepciones corporales sólo pueden desarrollarse mediante la actividad.

Aquí no hacemos jamás la repetición mecánica de un movimiento.

Forzar a un cuerpo a actuar en contra de sus reflejos inconscientes no sirve para nada, para nada duradero. Tan pronto como la atención flaquea, el cuerpo vuelve a sus antiguas costumbres. La explicación

²⁰ Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro, S., Villar, G.,...Lis, D. (2016) Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (1° Ed), Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional; Miramar, Buenos Aires, Argentina: Editorial M.B. pág. 62

escolar se olvida inmediatamente. Nosotros tratamos de convertir en perceptible para la sensación lo que hay de defectuoso en las actitudes y en los movimientos ejecutados involuntariamente y desde tiempo atrás. Lo que buscamos es la experiencia sensorial de cuerpo.²¹

Podemos decir que el trabajo corporal que propone la EPA se basa en:

- **Autoconocimiento corporal:** Su importancia reside en lograr descubrirse desde el interior de uno mismo; desarrollando y agudizando la conciencia corporal, la capacidad de autoobservación y ampliación de las percepciones. Permitiendo incrementar las potencialidades del propio cuerpo, facilitando cambios y una evolución hacia estadios más elevados de conciencia y salud. En este sentido Thérèse Bertherat expresa: “Convertir al sujeto en autónomo, en dueño de su cuerpo. Pero esta independencia sólo puede ganarla haciéndose consciente de la organización de sus movimientos. Necesita conocerse a sí mismo y aceptar la responsabilidad de conocerse mejor que nadie. Su cuerpo no le pertenecerá jamás si no toma posesión de él”²².
- **Conciencia corporal:** Es estar presente, cerca de la sensación corporal, animarse a ser uno con la experimentación de lo que nos ocurre en nuestro cuerpo y a su alrededor en el entorno que lo rodea. Es una experiencia somática cuyos registros permiten que el conocimiento adquirido sea aprehendido. Así la persona se hace dueña de su sentir, comienza a habitar su cuerpo, lo que favorece la construcción de la imagen y esquema corporal

²¹ Bertherat, T.; 2015; “El cuerpo tiene sus razones, Autocura y antigimnasia. Argentina; Ed. Paidós; 2º edición; Pág. 41.

²² Op. Cit.; Pág.88

de una manera más completa y como dice Susana Kesselman ser consciente es “ayudar a estar en un cuerpo más sensible, más humanizado, más sano”.²³

- La autoobservación del propio cuerpo: La observación es el primer paso para la toma de conciencia, que surge al ir despertando y agudizando cada una de nuestras percepciones para luego de observar poder comenzar a intervenir. Es a partir del conocimiento del propio cuerpo que uno aprende a escucharlo, y a descifrar sus mensajes con la aptitud de modificarlo.

La observación de la conducta transforma a cada uno en un investigador de sí mismo, en un curioso de los comportamientos y sus consecuencias (...). Es la posibilidad de ejercer y desarrollar una vida más libre de hábitos inútiles, de comportamientos estereotipados, y de construir con libertad nuestra manera de ser, de estar, al menos de construirnos con un poco más de libertad.²⁴

- Trabajo sobre el desarrollo de las percepciones: para desarrollar y profundizar en el camino del autoconocimiento la persona atraviesa un proceso de ampliación de la percepción, aumentando así la sensibilidad, siendo esta la facultad del sistema nervioso de percibir estímulos externos e internos. La sensibilidad se clasifica de la siguiente manera:
 - Sensibilidad superficial (exteroceptiva): Sensibilidad táctil (epicrítica o fina y protopática o grosera), involucra la percepción térmica y dolorosa.

²³ Kesselman, S.; 1990; El pensamiento del cuerpo; España; Ed. Paidós; Pág. 20

²⁴ Op. Cit.; Pág. 21

- Sensibilidad profunda (propioceptiva): Cinestesia (sensaciones de origen muscular o articular que informan acerca de la posición de las diferentes partes del propio cuerpo en el espacio.), barestesia (sensibilidad de los tejidos y los órganos a las variaciones de presión), palestesia (sensibilidad a las vibraciones) y barognosia (sentido de apreciación de un peso).
- Sensibilidad combinada o cortical: Grafestesia (capacidad de reconocer la escritura en la piel únicamente por la sensación del tacto) y estereognosia (reconocer la configuración espacial de los objetos por medio de la exploración táctil).

La EPA trabaja en la adquisición de autoconocimiento corporal, ahonda en las diferentes percepciones a través de la toma de conciencia de la piel, del espacio interno, de conciencia ósea y muscular, con sus límites, formas y movimiento articulares.

- Respiración consciente: es llevar toda nuestra atención a la inspiración y espiración, para poder detenerse a observar y presenciar como sucede. La respiración consciente favorece el camino hacia el autoconocimiento corporal. Para la EPA, los ejercicios respiratorios son herramientas fundamentales, pero no sólo se trabaja la respiración, sino también las estructuras óseas que están relacionadas en el acto de respirar así como también los músculos involucrados.

Experimentación de la sesión.

Si bien el trabajo corporal afecta globalmente a todo el cuerpo, cada sesión se organiza para abordar profundamente alguna estructura corporal determinada.

Las personas trabajan mayormente en decúbito supino (salvo aquellas percepciones que deben ser llevadas a cabo en otra posición, como por ejemplo la bípeda). Se comienza con la toma de conciencia de cómo está el cuerpo antes de la intervención y cómo es su respiración. A través de una guía verbal el terapeuta comienza a trabajar sobre la respiración para que esta se aproxime a un estado más natural y adecuado; y sobre el segmento corporal elegido. Durante toda la sesión, el terapeuta invita a la persona a mantener la atención plena en la toma de conciencia de su propio cuerpo y respiración; por tal motivo el trabajo se realiza con los ojos cerrados.

Se utilizan elementos intermediarios para que el individuo experimente diversos estímulos sensoriales y propioceptivos del segmento del cuerpo que se está trabajando.

El trabajo se comienza desde un hemicuerpo con el fin de que la persona logre tomar conciencia, a través de la comparación, de cómo se halla un segmento con respecto al otro. Luego de cada movimiento, el terapeuta deja un espacio para que el participante internalice lo que previamente fue realizado y a través de preguntas disparadoras que realiza la Terapeuta Ocupacional (TO) pueda poner en palabras esas vivencias y sentires.

Posteriormente se aborda el hemicuerpo no trabajado con movimientos corporales globales, buscando la integración de las aferencias sensitivas en el sistema nervioso central.

Para finalizar, al igual modo que en el inicio de la sesión, la persona en decúbito supino, vuelve a tomar conciencia del estado de su cuerpo post trabajo corporal. Se retiran todas las estimulaciones exteroceptivas dando lugar a una mayor introspección. En este momento no media la palabra del TO, sólo en el inicio de este último tiempo donde se invita a asimilar lo vivenciado. Dando lugar a que las percepciones se acomoden y que la persona las haga propias.

Cabe destacar la importancia del ambiente en donde se lleva a cabo la sesión de EPA. Este espacio cuenta con una iluminación tenue, música instrumental y/o sonidos suaves, una temperatura cálida, así como también materiales de cualidades nobles. Todo esto busca inducir al sujeto a un estado de relajación y a un encuentro consigo mismo.

Posibilidades del cuerpo

Adquirimos muy pronto un repertorio mínimo de gestos, en los que no volvemos a pensar. Durante toda nuestra vida, repetimos esos escasos movimientos, sin jamás tener conflictos con ellos, sin entender que no representan más que una muestra muy pequeña de nuestras posibilidades. Como si no hubiésemos aprendido más que las primeras letras del alfabeto y nos contentásemos con las escasas palabras que podemos componer con ellas. Si así fuera, no sólo se reduciría nuestro vocabulario, sino también nuestra capacidad de pensar, de razonar, de crear. Cuando una persona se sirve únicamente de un centenar de palabras, que forman su lenguaje, se dice que se trata de un débil mental. Sin embargo, la mayoría de nosotros no empleamos más que algunas

variaciones de un centenar entre los dos mil movimientos (al menos) de que es capaz el ser humano. Pero nunca tomaríamos en serio a quien nos dijese que somos débiles motores.²⁵

Cuando una persona consigue tomar conciencia de la torpeza de un movimiento o de la inmovilidad de una parte del cuerpo, puede experimentar un sentimiento desagradable, casi de malestar. En ese momento su cuerpo desea aprender una mejor manera de moverse, una mejor postura.

La función del movimiento en EPA

EPA propone reconquistar un cuerpo aliado para la vida a partir de la lectura corporal de tensiones, dolores, emociones y vivencias. Explorando así la cartografía corporal²⁶ de cada participante. Una de las maneras de llegar a este objetivo es a través de los movimientos.

“La función es movimiento; el movimiento es vida. El movimiento es el índice de la vida, su expresión más destacada.”²⁷ Toda persona está en un reajuste constante que le exige moverse de una u otra manera. La personalidad física se refleja en la personalidad psicológica, como así también el movimiento físico conforma el comportamiento psicológico. Todo movimiento es la aceptación física al cambio.

²⁵ Bertherat, T.; 2015, “El cuerpo tiene sus razones, Autocura y antigimnasia; Argentina; Ed. Paidós; 2° edición; Pág. 55.

²⁶ El cuerpo humano es como una cartografía viviente, en él, hay marcas, símbolos y formas que dicen de nosotros. Cada parte de nuestro cuerpo, tiene una historia y una vivencia que contar, algún sentido por descifrar.

²⁷ Rolf, Ida P. 1994. Rolfing. La integración de las estructuras del cuerpo humano; España; Ed. Urano. Pág. 159.

Para que haya función y que ésta tenga significado, se necesita algo más que un agregado de partes aisladas. Entonces, la capacidad global, vital o psíquica de una persona se encuentra determinada por el funcionamiento de todas las estructuras corporales interrelacionadas en la totalidad somática.

La forma y la función son una unidad, las dos caras de una misma moneda. Para que la función mejore debe existir o se debe crear una forma adecuada. Sólo se alcanza una salud ideal cuando el cuerpo se aproxima más a su propio patrón.²⁸

La capacidad de moverse influye sobre la propia valoración de sí mismo. Toda actividad muscular implica movimiento. La forma en que los sujetos se mueven está determinada por la coordinación, la exactitud temporal y espacial, la relajación, el ritmo, el ajuste en tiempo y espacio, la intensidad, la fuerza; todo esto pone de manifiesto estados mentales y se relaciona con el motivo de las acciones.

Para entender el movimiento la persona debe aprender a sentir, para esto necesita tiempo, atención y discriminación. No sirve de nada intentar hacer por pura fuerza. El aprendizaje en condiciones de esfuerzo máximo no es suficiente, no conduce al mejoramiento.

Es por esto que EPA, se practica en pequeños grupos. Cada sujeto viene por sí mismo, hace los movimientos por sí mismo, se concentra en sus propias sensaciones, en sus propios pensamientos, y los demás están allí compartiendo el espacio y haciendo a la vez.

²⁸ Op. cit.; Pág. 16

Una mirada holística de la salud desde Terapia Ocupacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha evolucionado en su definición respecto a no considerar solamente a la salud como ausencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo el reconocido Dr. Escardó (2004) en su libro Carta Abierta a los Pacientes resalta que no deja de ser significativo que la importante Organización, haciendo referencia a la OMS, haya excluido “lo espiritual” “como categoría susceptible de enfermar” . En sus aportes desde el campo de las ciencias médicas, expresa que “la salud está relacionada a la situación de vida en equilibrio del sujeto singular, por consiguiente, la enfermedad vendría a ser un desequilibrio de la vida, siendo una expresión de vida también”²⁹.

En este sentido la Terapia Ocupacional centra su práctica en la persona contemplando todas las dimensiones de la misma: física, psíquica, emocional y espiritual.

Esta manera de abordar la salud surge de la demanda proveniente tanto de los profesionales como de las personas que tienen la necesidad de ser contempladas de manera global sin dejar de lado ninguna dimensión. Se resalta la importancia fundamental de la integralidad del ser y cuidado de todas estas dimensiones, para conservar un estado de equilibrio y bienestar integral. Considerándose a la persona como un sistema completo, donde el todo trasciende la suma de sus partes, favoreciendo la interdependencia constante y dinámica de ellas.

²⁹ Castelli M.B., Terapias complementarias, hacia una intervención holística de la salud 2018. Revista RATO, <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2018jul-art3.pdf>

La educación somática y el trabajo corporal abren un nuevo campo en Terapia Ocupacional que se interesa en el cuerpo viviente, en la conciencia mediatizada a través del cuerpo, en los movimientos corporales vividos dentro del espacio interno y externo, y en sensaciones que ponen en contacto a la persona con su ser más íntimo.



CAP. II

TÉCNICAS SOMÁTICAS

"ES TIEMPO DE TOMAR
CONCIENCIA DE LA
RELACIÓN ENTRE EL
TODO QUE ES EL CUERPO
Y EL TODO QUE ES EL
UNIVERSO, ENTRE EL
MOVIMIENTO CONTINUO
DE LOS ÓRGANOS DEL
CUERPO Y EL
MOVIMIENTO DE LA
TIERRA Y EL SOL".
T. BERTHERAT

Mézières

François Mézières, Fisioterapeuta francesa, en 1947 crea el método que lleva su nombre. Se preocupó por el ideal de belleza y armonía del cuerpo, abrió nuevos horizontes a la fisioterapia y contribuyó a la evolución de los conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo humano.

El método Mézières, es un trabajo postural basado en ejercicios de estiramientos activos, globales y de percepción corporal; reequilibra las diferentes cadenas musculares y articulares, lo que mejora la postura y alivia el dolor.

Propone que la reeducación postural deberá ser global, trabajando sobre las cadenas musculares, particularmente la cadena posterior que se extiende desde el cráneo hasta los dedos de los pies. En consecuencia, se deberá insistir sobre la flexibilidad muscular respetando las capacidades de cada individuo, entrenando la flexibilidad.

El tratamiento pretende devolver la movilidad global de músculos y articulaciones de una forma progresiva.

El cuerpo, dice F. Mézières, no está solo comprimido por la gravedad sino que también se ve comprimido por nuestra propia fuerza. Es decir, por nuestras propias fuerzas musculares, nuestra hipertonía, nuestros estados de tensión, de contracción, nuestra pérdida de elasticidad, nuestra retracción. Aplastados por nuestras propias fuerzas musculares y por las retracciones, intentamos escapar a las

consecuencias. De estas consecuencias, estiramientos y dolor, nace un círculo vicioso que constituye lo esencial de nuestras deformidades y nuestras enfermedades.³⁰

El individuo se ve aplastado por sus propias fuerzas intrínsecas, las tensiones provocadas, sobre todo en los músculos posteriores reflejan falta de libertad en las articulaciones.

Se estira siguiendo unos lineamientos previos con técnicas reflejas, manipuladoras y respiratorias. “El trabajo consiste en dialogar con las líneas de tensión que afectan a los grandes grupos musculares”.³¹

Mézières decía que solo debemos combatir: las lordosis, las rotaciones internas y el bloqueo diafragmático en la inspiración.

Reeducación postural global

La Reeducación Postural Global (RPG) es un método científico que se apoya en la observación, en la anatomía, fisiología y biomecánica. Permite el diagnóstico y tratamiento de patologías que afectan al sistema locomotor.

Fue creado por el Fisioterapeuta francés Philippe Souchart en el año 1980, como una terapia manual orientada al abordaje de problemas que afectan al sistema músculo esquelético.

Ofrece la posibilidad de adaptar el tratamiento a cada persona de forma individual. Tratando siempre la causa del problema, eliminando el dolor, la

³⁰ Godelieve Denys Struyf, 2004. El manual del Mezierista 3º edición TOMO 1, España, Ed. Paidotribo, Pág. 15

³¹ Op. Cit., Pág. 20

rigidez, la retracción muscular, recuperando la buena morfología, la alineación corporal, la flexibilidad muscular y restableciendo la función.

Utiliza posturas de alargamiento progresivo y global de los músculos estáticos, y tonificación, en ciertos casos, de los dinámicos. Con el fin de suprimir el síntoma y la causa de las lesiones.

En su teoría enuncia tres principios:

- Individualidad: El abordaje es específico al individuo. Somos diferentes unos de otros. No hay una lesión idéntica a otra. No hay enfermedades sino enfermos.
- Casualidad: Niega la posibilidad de trabajar únicamente sobre el síntoma. El cuerpo oculta el dolor con compensaciones antálgicas. Por lo cual el síntoma no es más que la manifestación del cual el terapeuta debe buscar la causa para lograr suprimirla.
- Globalidad: Los músculos estáticos se asocian en cadenas funcionales, unidos entre sí por un sistema de fascias y aponeurosis, de manera que no se puede actuar de forma disociada sobre los músculos; al actuar en uno se afecta el resto de la cadena.

Concibe a la persona como un todo donde una “lesión psíquica puede ocasionar una sintomatología somática, de la misma manera que una lesión física tendrá incidencia sobre lo psíquico. Tocando una parte del individuo se lo toca entero”.³²

³²Souchard, P.E.; 2012; Reeducación Postural Global, Método de campo cerrado, Enfoque Somato-Psíquico. Buenos Aires: Edición Digital, VII Congreso Internacional de RPG, Págs. 62-63.

Eutonía

La Eutonía es una disciplina corporal, desarrollada por Gerda Alexander en 1959; deriva de los vocablos griegos eu: bien, correcto o armonioso; y tonos: tensión. Es decir que se centra en una tensión armoniosa, en el equilibrio de las distintas tensiones que cohabitan en el cuerpo. “La meta consiste en permitir al individuo que recobre la adaptabilidad de su tono muscular. Diversos problemas emocionales, sobre todo los vividos en la infancia, provocan contracciones más o menos localizadas en ciertos músculos”.³³

Posee una base empírica de conocimientos de fisiología y anatomía. Se sustenta en la percepción, en la conciencia de sensaciones interiores como en la apertura hacia el mundo exterior.

Gerda Alexander desde esta perspectiva ayuda al alumno a distenderse sin aislarse, a compartir la presencia de los otros sin inmolarse la propia, a integrarse en el grupo conservando su propia individualidad.³⁴

Sus fines son terapéuticos y educativos, ya que considera el cuerpo como la base fundamental del ser y como el centro de la experiencia. Conduce a la persona hacia una toma de conciencia de sí misma y propone un aprendizaje para la regulación del tono muscular, adecuándose a cualquier situación de la vida. La técnica es no dirigida y activa, la persona explora por sí misma sus diferentes posibilidades de percepción del movimiento.

³³ Gerda Alexander, Eutonía: Un camino hacia la experiencia total del cuerpo, México, Paidós, Pág. 16

³⁴ Op. Cit.; Pág. 15

Esta presencia requiere al mismo tiempo una observación neutral y una amplitud de miras que no deben estar influidas por la espera de un determinado resultado. Esta neutralidad y esta apertura son las condiciones fundamentales para el desarrollo eutonico.³⁵

En la Eutonía cuerpo y alma se contempla como una unidad, como elementos provenientes de una misma raíz, ambos se retroalimentan, cuerpo y psique conforma un continuo de retroalimentación. Es así que al buscar alcanzar una conciencia más profunda de su realidad corporal y espiritual, a través de diferentes vías, se manifiesta en nuestro cuerpo la parte inconsciente y consciente de nuestra personalidad. La persona toma conciencia de sí misma y logra un aprendizaje sobre la fluctuación de los tonos neuromuscular, neurovegetativo y psíquico, y sobre su adecuación de estos a las distintas situaciones de la vida. Es por esto que una modificación en el tono cambia no solo el estado corporal sino que también el comportamiento y el estado de conciencia de la persona. Desplegando la potencia vital, la sensibilidad, las variaciones tónicas de las personas, a través de la flexibilización, la regulación y el dominio del tono corporal.

Stretching Global Activo

El Stretching Global Activo (SGA) es el método desarrollado por Philippe Souchart a partir de los principios de la técnica RPG (Reeducación postural Global). Se diferencia de este último debido a que no requiere manipulación

³⁵ Op. Cit.; Pág. 24

directa de un terapeuta capacitado, sino que la persona lo puede realizar de manera activa.

Se basa en auto posturas, las que han de realizarse sin calentamiento previo con los músculos en frío, de manera suave, lenta y progresiva. Sus estiramientos son globales ya que involucran a todo el cuerpo al mismo tiempo, acompañados constantemente por la respiración. Busca reestablecer la armonía músculo-esquelética, liberar las articulaciones, eliminar rigideces musculares y sobre todo corregir los vicios posturales.

Es una técnica útil para todas las personas, no posee limitación de edad, ya que se puede practicar desde los siete años hasta la tercera edad.

Su teoría se apoya en la de RPG, distinguiendo en el cuerpo humano entre los músculos de la estática y la dinámica. “Cada músculo o grupo muscular no constituye más que una red o malla. Para estirar esta malla es necesario estirar sobre dos extremos”³⁶, ya que solo un estiramiento local es compensado por unos acortamientos en un punto cualquiera de la cadena.

Nadie es totalmente flexible en los músculos de la estática y la rigidez de estos comprime las articulaciones. Por tal motivo enfatiza la importancia de: los estiramientos en frío, prolongados y globales. Este último se debe a que “nuestros diferentes grupos musculares no se oponen realmente los unos a los otros, ni anatómicamente ni fisiológicamente, si fuese así cualquier movimiento coordinado sería imposible”³⁷. Si un músculo ha perdido su longitud, limita la

³⁶ Souchard, 2003, Stretching Global Activo TOMO II, España, Ed Paidotribo, Pág. 14

³⁷ Op. Cit.; TOMO I; Pág. 25

amplitud impidiendo a su contrario manifestarse correctamente, es así que la rigidez de los estáticos frena los movimientos.

Un movimiento será más eficaz cuanto más estirados se encuentren los músculos que los realicen. Para ser eficaces los estiramientos deben realizarse en sentido contrario a todas las fisiologías del músculo.

Por último, el método tiene su apoyo en la respiración, acentuando una oxigenación libre sin bloqueos. Puntualiza en evitar la inspiración profunda para evitar la contracción de los músculos inspiradores los cuales son estáticos, y acentuando la espiración realizada gracias a músculos dinámicos. Debido a que si los músculos inspiradores se retraen el tórax se deforma, y los músculos de la dinámica no pueden oponerse a los de la estática, el acortamiento de estos hace tirar desde los segmentos óseos, afectando la morfología y la fisiología corporal.

Feldenkrais

El método fue creado por Moshé Feldenkrais. De origen Ruso, físico de profesión, estudioso de diversas disciplinas afines a la biología y el aprendizaje.

El objetivo de su método era que la persona aprendiera a moverse con el mínimo esfuerzo y con mayor eficacia, posee un enfoque integral debido a que en cualquier movimiento ninguna parte está separada sino que es parte de una red asociada. Utiliza al movimiento como instrumento esencial del aprendizaje y a nuestro cuerpo como el educador, en tanto el cuerpo sea vivido desde adentro en su totalidad.

La conducta de los seres humanos está firmemente basada en la imagen que han creado de sí mismo. En consecuencia, si uno desea modificar la propia conducta, debe modificar necesariamente su autoimagen (...) Esta es, la forma de las distintas partes del cuerpo y la relación que existe entre ellas y esto implica tanto las relaciones espaciales como temporales como las sensaciones cinestésicas. En la autoimagen se incluye también los sentimientos las emociones, y los pensamientos. Todos ellos forman un conjunto integrado.³⁸

Su sistema es pedagógico, considera al cuerpo como el lugar donde se interrelacionan la conciencia, el funcionamiento biológico y el entorno. Brinda un contexto seguro de aprendizaje para que la persona por sí misma logre re aprender modos de organización funcionales de los movimientos, reorganizando patrones de acción, mejorando así su calidad de vida.

Feldenkrais afirma que:

La postura correcta es una cuestión de aprendizaje y desarrollo sentimental; el primer aprendizaje consiste en examinar las posibilidades del cuerpo de moverse y actuar. En la multitud de contracciones musculares indiferenciadas, se aprende a reconocer configuraciones que tienen pertinencia, sentido o relación con el mundo exterior del que el cuerpo forma parte.³⁹

³⁸ Elizabeth Beringer, 2015, La sabiduría del cuerpo: Recopilación de artículos de Moshe Feldenkrais, Argentina, Ed Sirio, Págs. 35,36

³⁹ Romano, Diana; 2003 “Introducción al Método Feldenkrais. El arte de crear conciencia a través del movimiento”; Argentina; Ed. Lumen; Pág. 59

Se trabaja a partir de movimientos en secuencias que mejoran la funcionalidad de nuestras acciones, permitiendo influir en nuestros hábitos y en la manera de movernos. Se realizan de manera suave, simple y funcional.

Propone al sistema nervioso un espacio de aprendizaje para mejorar todas sus funciones (motoras, cognitivas, intelectuales, creativas y sensoriales). Mejorando el movimiento, la postura, la flexibilidad, la coordinación y la relación espacial.

La práctica del Método Feldenkrais, se divide en dos abordajes complementarios:

- Autoconciencia a través del Movimiento: método grupal, para la autoexploración y aprendizaje dirigido por guía verbal.
- Integración Funcional: se trabaja en forma individual, mediante manipulaciones por parte del profesional donde se guía a la persona para que explore sus patrones habituales de movimiento. Estableciendo un diálogo no verbal, en donde el sujeto puede explorar nuevas pautas de acción.

En ambas modalidades se utilizan relaciones neuromusculares fundamentales o sinérgicas, para facilitar patrones de movimientos más sanos, eficaces y una mejor postura. Siempre, trabajando con la mayor conciencia y atención.

Antigimnasia

La Antigimnasia es un método de bienestar corporal creado en Francia a principios de la década de 1970. Su creadora Thérèse Bertherat por medio de investigaciones y sobre todo experimentaciones lo concibió y llamó Antigimnasia.

Tiene en cuenta tanto las razones psíquicas que pueden hacer que el cuerpo sea susceptible de padecer enfermedades, como las deformaciones, y las causas mecánicas del dolor.

Los sufrimientos de nuestro cuerpo, los accidentes, las operaciones, las enfermedades repercuten en nuestra psique, dejando sus marcas en el alma. De la misma manera, tanto los pequeños y grandes sobresaltos emocionales, duelos, rupturas, abandonos, dejan sus marcas en nuestros músculos, en nuestra carne, en nuestro cuerpo físico. Las presiones familiares, sociales o morales también dejan su huella. El método se basa en un trabajo corporal, mental y emocional, un trabajo de todo el ser.

El camino al conocimiento de uno mismo

La meta principal de esta forma de trabajo es que la persona que concurre a las sesiones se cure a sí misma, se reconcilie consigo misma, busque el sentirse bien en su propio cuerpo. Quien cura no es quien enseña el método sino quien lo practica. La curación entonces, no es más que un simple asunto de voluntad. Todos tenemos formidables poderes de autocuración. Nuestro cuerpo guarda en él un formidable poder de autosanación, de resiliencia. A cualquier edad los músculos pueden

desagarrotarse y reencontrar su forma más saludable; la rigidez tanto del alma como del cuerpo, puede aliviarse⁴⁰.

La Antigimnasia es también un trabajo de búsqueda y de introspección. En la introducción del libro El cuerpo tiene sus razones, comienza:

En este momento, en el lugar preciso en que usted se encuentra, hay una casa que lleva su nombre. Usted es su único propietario, pero hace mucho tiempo que ha perdido las llaves. Por eso permanece fuera y no conoce más que la fachada. No vive en ella. Esa casa, albergue de sus recuerdos más enterrados, más rechazados, es su cuerpo.⁴¹

Las personas comúnmente se preocupan por el aspecto exterior de su cuerpo, su peso, su olor, su pelo, la ropa, las diferentes maneras de que sea más atlético, pero al mismo tiempo no saben casi nada sobre él, de su naturaleza profunda. Lo más frecuente es que cuando tienen algún dolor comiencen a interesarse por el cuerpo. O cuando este resulta decepcionante por su forma o por cómo se comporta. Es en este momento cuando el sujeto se interesa por mejorarlo.

Toda rigidez muscular incluye la historia y la significación de su origen. Su disolución no sólo libera la energía, sino también trae a la memoria la situación infantil en que se ha producido la inhibición. Desde los primeros meses de vida las personas reaccionamos a las presiones familiares, sociales, morales y vamos deformando nuestro cuerpo para conformar. Por suerte nunca es demasiado

⁴⁰ Bertherat, T; Bertherat, M. 2014. Mi curso de antigimnasia: despierte su cuerpo y encuentre su energía y bienestar; Argentina. E. Paidós. Págs. 16-20.

⁴¹ Bertherat, T. 2015. El cuerpo tiene sus razones, Autocura y antigimnasia; Argentina. Ed. Paidós; 2º edición. Pág. 11

tarde para liberarse de la programación del pasado, para hacerse cargo del propio cuerpo, para descubrir nuevas posibilidades insospechadas. El método propone cambiar la forma que tenemos de ver nuestro cuerpo, para ello son importantes el respeto, la preservación, observación, comprensión y sensación del propio cuerpo.

Rolfing

El Rolfing es una técnica de integración estructural que se ocupa principalmente de la persona física y psicológica, ya que en la práctica las consideraciones referidas al aspecto físico son inseparables de las referidas a lo psicológico. Psique y soma interactúan, se expresan e influyen de manera recíproca.

“La técnica como tal se aplica en un ciclo básico de diez sesiones de aproximadamente una hora de intervención manuales profundas en las estructuras miofasciales”⁴² del cuerpo. Un principio vital de la integración estructural es que al tejido, ya sea demasiado corto o tan estirado y falto de tono, se lo debe aproximar a la posición en la cual estaba destinado a ocupar en el patrón normal (esto es precisamente lo que hacen las manos del terapeuta). Este instrumento terapéutico se incorpora a los procesos del cuerpo y modifica su curso. Los efectos son progresivos.

La técnica de integración estructural es muy potente, los cambios resultantes son de largo alcance. Uno de los objetivos de este método

⁴² La combinación de la fascia con el músculo que ésta envuelve se denomina miofascial.

terapéutico es provocar un cambio en el sujeto orientado hacia el equilibrio. Sin equilibrio, el cambio puede ser destructivo. En el tratamiento se busca equilibrar el cuerpo en el campo gravitatorio. Además de los cambios en la estructura y en la postura, otros efectos que produce son la soltura adicional y el aumento de la vitalidad. Todo ello es el resultado de un mejor equilibrio que tiene sus propios efectos ventajosos sobre diversas dolencias físicas y psicológicas.

“El terapeuta de integración estructural (rolfer) reorganiza las estructuras fasciales desequilibradas y vuelve a relacionarlas en un orden anatómico más adecuado en torno de una línea vertical. El resultado es un espectro de vivencias subjetivas que arrojan luz sobre las formulaciones conceptuales de ideas culturales anteriores.”⁴³

“El cuerpo físico es una materia sorprendentemente plástica, que puede cambiar con rapidez y asumir una postura más ordenada, y por consiguiente, más económica con respecto al gasto de energía”.⁴⁴

⁴³ Rolf, Ida P. 1994. Rolfling; La integración de las estructuras del cuerpo humano; España; Ed. Urano. Pág. 291.

⁴⁴ Op. Cit.; Pág. 15.



CAP. III

**ATENCIÓN
PRIMARIA EN
SALUD Y CALIDAD
DE VIDA**

"UNA PERSONA SANA ES
AQUELLA QUE PUEDE
VIVIR PLENAMENTE SUS
SUEÑOS INCONFESADOS".
M. FELDENKRAIS

Hacia una construcción de salud

En 1947 la OMS definió a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Sin embargo Henry E. Sigerist⁴⁵, en 1941, había dado un enfoque positivo a la salud, asegurando que:

Sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades psíquicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales -siempre que no excedan los límites normales - y contribuyen al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es, en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo⁴⁶

Por otro lado, hay que recalcar que la salud no es un estado, como tampoco lo es la enfermedad. Ambos son parte de un proceso multidimensional.

El individuo a lo largo de su vida se va desplazando sobre un eje salud - enfermedad (y muerte), acercándose ya sea a uno o a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Es más conveniente hablar de un

⁴⁵ Historiador de la medicina y profesor universitario, nacido en París 1891.

⁴⁶ Milton Terris, 1991, Tendencias Actuales en la Salud Pública de las Américas, Material de Cátedra de Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y la Comunidad, UNMDP, Pág. 192

proceso de bienestar biopsicosocial, a lo largo de un eje positivo – negativo.⁴⁷

Es por esto que la carta de Ottawa para la promoción de la salud, adoptada en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en noviembre de 1986, declaró que: “las condiciones y recursos fundamentales para la salud son la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad. La mejora del sector salud, requiere fundamentalmente de un modo firme de estos prerequisites básicos”.

M. Videla en su libro “Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria”, plantea la salud como un bien social, universal y un derecho básico. Es por esto interesante recalcar, la función del rol Terapeuta Ocupacional como agente de salud.

Comprendemos la Terapia Ocupacional, como “una disciplina del área de la salud, cuyo propósito es, facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio, en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo de vida”. Se entiende por Desempeño Ocupacional, a las “distintas maneras en que los seres humanos abordan su quehacer diario en los ámbitos del: Autocuidado, de las Actividades de la Vida, de las Actividades Productivas y de Tiempo Libre”.⁴⁸

Jeanette Edwards, Terapeuta Ocupacional, manifiesta que:

⁴⁷ Gabriel Gyarmán, Salud y Enfermedad: Hacia un paradigma Biopsicosocial, Material de Cátedra de Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y la Comunidad, UNMDP, Pág. 173

⁴⁸ Colegio de Terapeutas Ocupacionales en Chile, 2000, Posición del colegio de TO de Chile sobre la formación profesional, Santiago de Chile, N°1

Para trabajar en el marco de promoción de la salud, es necesario, un cambio de paradigma. Además el individuo afectado o vulnerable desde la perspectiva de su salud participa activamente en la resolución de los problemas que le afectan. Obviamente el cambio, alude a la concepción que se tiene del hombre, entonces el cambio es, desde el Modelo Biomédico, asistencialista, donde el sujeto permanece pasivo o “paciente”, frente a lo que le acontece, al Modelo Transdisciplinario, el cual concibe al hombre como un ser biopsicosocial, en interacción con otros sistemas, capacitando a los usuarios en estrategias de trabajo dentro de sus contextos naturales, de modo de solucionar sus problemas y acceder a una mejor calidad de vida.⁴⁹

En esta línea es que ubicamos nuestra percepción de salud, entendiendo a ésta desde una perspectiva holística. El TO promoverá el reequilibrio de las dimensiones emocionales, psíquicas, sociales, físicas y espirituales. Siendo la enfermedad un pérdida de equilibrio de las dimensiones que componen al ser humano y el síntoma un emergente o portavoz que se expresa a través del cuerpo para demandar atención. El TO acompañará en el proceso de reequilibración, a través de las diversas técnicas de autoconciencia y observación somática.

Niveles de salud

⁴⁹ Pellegrini M.; Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria, (en línea) <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>. [consulta: 13 de marzo de 2019].

La división de la salud en niveles permite organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, garantizando la accesibilidad y la continuidad de la atención de la salud. En conjunto brindan un abordaje integral.

En la disposición de la atención en diferentes estratos de complejidad tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.

Tradicionalmente se distinguen tres niveles:

- Nivel primario
- Nivel secundario
- Nivel terciario

Nivel primario

Es el de mayor cobertura pero menor complejidad. Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren y confíen en el sistema.

Enfatiza en la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades que se relacionan entre otras, con: promoción para la salud, medidas de prevención y derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.

Nivel secundario

Está destinado al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población, es decir que su cobertura es menor. Recibe para diagnóstico y tratamiento los casos que no pudieron ser resueltos en el nivel primario. Normalmente está estrechamente relacionado con los servicios clínicos de los Hospitales.

En general no se contacta directamente con la comunidad. Se relaciona tanto con el nivel primario para devolver los casos resueltos como con el terciario cuando la complejidad así lo requiere. En la medida que el nivel primario va siendo más eficiente este nivel debe adecuarse y diferenciarse en las especialidades o subespecialidades que sean necesarias.

Nivel terciario:

Su nivel de cobertura es menor y se aboca a manejar solo los casos con patología y atención institucional.

Entra en acción cuando ya ha ocurrido la enfermedad o lesión. No solo busca evitar el deterioro de una u otra, sino que también intenta rehabilitar al paciente de manera que recupere plenamente la mayor parte posible de sus funciones psíquicas, sociales, físicas y mentales⁵⁰

⁵⁰ C. David Jenkins, 2005, Mejoremos la salud a todas las edades, Un manual para el cambio de comportamiento, Publicación Científica y técnica N°590, OPS

Se centra en el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo las recidivas de la enfermedad.

Atención primaria de la salud

La atención primaria de salud (APS) es el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptados. “La APS forma una parte integral del sistema de salud, de la cual es una función central y también del desarrollo económico y social de la comunidad.”⁵¹

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se propone que la Atención Primaria esté enfocada en las actividades de promoción, prevención, cura y atención basada en las personas.

La OMS ha constatado que el enfoque centrado en las personas contribuye a una atención de salud de mayor calidad y a la obtención de mejores resultados:

- Mejora de la intensidad del tratamiento y la calidad de vida;
- Mayor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas de las personas;

⁵¹ Axel Kroger y Ronaldo Luna, 1992, Atención Primaria de Salud, Principios y métodos 2 Edición, México, OPS, 15

- Mayor grado de satisfacción en cuanto a la comunicación;
- Aumento de la confianza de los sujetos al tratar problemas delicados;
- Aumento de la confianza y de la observancia de los tratamientos;
- Mejor integración de la atención preventiva y promocional.

Los valores de la APS en pro de la salud para todos requieren que los sistemas de salud:

Pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria. La APS se expresa esta perspectiva como el derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible, con la mayor equidad y solidaridad, considerando la necesidad de dar respuesta a las necesidades de salud de la población”⁵²

Promoción de estilos de vida saludable

La promoción de la salud comprende la transformación de los comportamientos individuales y familiares como la ejecución de políticas de salud pública dirigidas a la comunidad, con el fin de proteger a las personas frente a numerosas amenazas a la salud y despertar un sentimiento general de responsabilidad personal para potenciar al máximo la seguridad personal, la resistencia del huésped, la vitalidad y el funcionamiento efectivo de cada individuo⁵³

Implican programas o actividades que mejoran la salud y estimulan el bienestar. Son fundamentalmente educacionales y pueden comprender cambios en el estilo de vida

⁵² OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2008, Mensaje del Director General.

⁵³ C. David Jenkins, 2005, Mejoremos la salud a todas las edades, Un manual para el cambio de comportamiento, Publicación Científica y técnica N°590, OPS

El profesional debe ayudar a los individuos a desarrollar habilidades de autoayuda que fomentan estilos de vida y ambientes saludables. Generando conocimiento, responsabilidad y actitudes positivas que son objetivos importantes en la búsqueda de la salud y el bienestar de la personas.

Por lo tanto el bienestar es tanto una meta como un proceso y no un estado o una condición. Es el proceso de adaptar los patrones de conductas que llevan a una mejora en la salud y una mayor satisfacción en la calidad de vida. El bienestar implica una integración de las dimensiones de la vida, que representan la totalidad de la mente y el cuerpo, desde las perspectivas: física, mental, espiritual, social y ambiental.

La responsabilidad del profesional de salud (T.O.) en la promoción de la salud es “actuar como mediador entre los intereses antagónicos y a favor de la salud”. (Carta Ottawa, 1986).

Favoreciendo el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, y para que opte por todo lo que propicie la salud. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y las lesiones crónicas.⁵⁴

⁵⁴ OMS, Carta Ottawa, 1986, Anexo I Carta Ottawa para la promoción de la salud, México, Serie Paltext, Pág. 370

APS. TO Y EPA

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, World Federation of Occupational Therapists (WFOT), define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación.

El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los Terapeutas Ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación. Es una profesión socio sanitaria centrada en la Persona, que se ocupa de la promoción de la salud y del bienestar de las personas a través de la ocupación.⁵⁵

Las ocupaciones se entienden como actividades cotidianas que la gente realiza como individuos, en familia y con la comunidad para ocupar el tiempo y traer significado y propósito a la vida. Las ocupaciones incluyen cosas que la gente necesita, quiere y se espera que hagan.

El marco de trabajo para la práctica de TO (2010) fue desarrollado para articular la contribución de la TO en la promoción de la salud, y la participación de las personas, organizaciones y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación. Este ordena la gran cantidad de actividades u ocupaciones en categorías llamadas áreas de ocupación las

⁵⁵ World Federation of Occupational Therapists. Definición de Terapia Ocupacional. [monografía digital]; 2012. [fecha de consulta 12 de marzo 2019]. Disponible en: <http://www.wfot.org/>

cuales son actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.⁵⁶

La promoción de la salud se refiere a los programas y actividades que mejoran la salud y estimulan el bienestar.

Opatz (1985) describió la promoción de la salud como los esfuerzos sistemáticos de una organización para mejorar el bienestar de sus miembros por medio de actividades educativas, cambios de conducta y apoyo cultural. Los programas de promoción de la salud son fundamentalmente educacionales, más que clínicos, y pueden comprender cambios en el estilo de vida. La finalidad de la promoción de la salud es transformar el concepto de bienestar y acción.⁵⁷

La EPA es incumbencia de la Terapia Ocupacional, y se encuentra enmarcada dentro de la APS. Tiene como meta desarrollar y mantener la salud postural del cuerpo. Siguiendo con la línea educacional en el nivel de promoción y bienestar de la salud, este método de trabajo corporal es educativo y preventivo, concibe a la persona desde una perspectiva global.

La autora del método, Sandra Porro, refiere:

Basándome en el objetivo fundamental de Terapia Ocupacional, que es mejorar la calidad de vida de las personas estimulando su independencia (me gusta más el concepto de interdependencia ya que nadie es realmente independiente) en todas las áreas me atrevo a concluir

⁵⁶ Sullivan, Mercedes, 2017, Calidad de vida de madres de niños y adolescentes con Distrofia Muscular, - 1a Ed. - Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Pág. 16

⁵⁷ Willard y Spackman. 2008. Terapia Ocupacional. 10º edición. Argentina. Ed. Médica Panamericana. Pág. 945.

que si desde niños nos educaran y nos enseñaran a escuchar y a mirar a nuestro cuerpo en vez de intentar disciplinar sin conciencia alguna, y cada uno pudiera hacerse cargo del cuidado de su propio cuerpo sabiendo el cómo, muchos movimientos grabados por el automatismo repetido o posturas antiálgicas y demás agravamientos de la estructura músculo-esquelética dejarían de existir⁵⁸.

El mayor interés en los programas de salud y bienestar ha determinado una proliferación de modos y métodos de actividades comunitarias, desde el Tai Chi al Pilates desde el Yoga al aeróbic, desde el entrenamiento hasta la imaginación. Con el incremento de la demanda de profesionales entrenados en estos programas de salud y bienestar, así como en otros programas alternativos, aumentarán paralelamente las oportunidades de consultas grupales y de desarrollo de programas⁵⁹.

Es necesario aclarar que los métodos que se centran en el trabajo corporal no forman parte de programas alternativos, sino que son integrativos y complementarios en lo que respecta al mejoramiento de la calidad de vida en el campo de la salud.

En la EPA la persona interpreta su experiencia desde su necesidad, consciente o inconsciente, que implica una estrategia de satisfacción hacia el mayor bienestar posible.

⁵⁸ Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro, S., Villar, G., Lis, D. 2016 Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (1º Ed), Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional; Argentina; Ed. M.B.; Pág. 58.

⁵⁹ Willard y Spackman. 2008. Terapia Ocupacional. 10º edición. Argentina. Ed. Médica Panamericana. Pág. 945.

En este sentido, la EPA resulta un medio terapéutico promotor de la salud. La misma “se basa en el fundamento pedagógico de la Terapia Ocupacional, toma y refina principios de diversas disciplinas que tienen en común el trabajo corporal consciente y global, con el propósito de brindar a las personas la posibilidad de aprender acerca de la importancia del cuerpo y su cuidado. Propone acompañar y guiar a la persona durante el proceso de búsqueda de su propio equilibrio, brindando herramientas que contribuyan a desarrollar su potencial, a descubrir un camino basado en la experimentación activa y continua, lo cual permite no solo mantener la calidad de vida, sino también mejorarla.”⁶⁰

Cabe destacar la importancia del trabajo interdisciplinario (tanto en este, así como en los tres niveles de salud). El trabajo a la par de otras miradas disciplinarias es coherente con la concepción holística de la salud y con respecto al concepto del cuerpo. EPA nace desde la Terapia Ocupacional y se nutre e integra con la Medicina Ayurveda, Psicología Gestáltica Corporal, Osteopatía y Kinesiología.

Evolución del concepto de calidad de vida

⁶⁰ Bertocchi, J. & Gasparri, N. (2013). Una manera diferente de posicionarse en la vida: Un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la instalación de este concepto específicamente en el campo de la salud es mucho más reciente.

En un primer momento, la expresión calidad de vida apareció en los debates en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de la vida urbana. Durante la década de los cincuenta y a comienzos de los setenta, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hicieron surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos. La evolución del concepto contempló también, en un segundo momento, los elementos subjetivos.

En los últimos años las investigaciones sobre calidad de vida han aumentado progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. En lo que respecta al campo de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida. Pero, al mismo tiempo, se corre el riesgo de no considerar una aproximación más integral del cuidado de la salud de las personas, en el que se promueva su bienestar.

La OMS considera que la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de

independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.⁶¹

Se considera que la calidad de vida es el bienestar mismo, la felicidad y la satisfacción del individuo que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada persona, que está sumamente influido por el entorno en el que vive. Esta concepción compleja y multidimensional no sólo tiene relación con componentes objetivos (nivel socioeconómico, trabajo) sino que también depende de cuestiones tan subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social y medioambiental que cambia con cada individuo.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La evolución del concepto ha llevado a incorporar el término de calidad de vida relacionada con la salud; que implica comprender y tomar en cuenta la totalidad de la vida de las personas. Los profesionales de la salud deben incluir intervenciones psicosociales con el fin de promover el bienestar físico, mental, emocional, espiritual y social de las personas, considerando la percepción que cada sujeto tiene sobre su nivel de bienestar.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud o salud percibida es el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de

⁶¹ Molho, R; Berra, J. 2012. Ayurveda y Meditación. Sus beneficios sobre la salud, el bienestar y la armonía mental al alcance de todos. Buenos Aires. Ed. Kier. Cap. Meditación y calidad de vida. Pág. 106.

la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE.UU⁶².

La CVRS es un constructo multidimensional fundado en las nociones del bienestar y el funcionamiento en las tres dimensiones física, emocional y social de la vida humana. Integrando aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico, mental y con el estado de bienestar.

Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Shumaker y Naughton, lo definen como:

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento, que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.⁶³

⁶² Juan Antonio Fernández-López, María Fernández-Fidalgo y Alarcos Cieza, 2010, Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), Rev. Esp. Salud Publica vol.84 no.2 Madrid mar./abr. 2010, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005

⁶³ M. Soto e I. Failde, 2004, La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica, Rev. Soc. Esp. Dolor vol.11 no.8 Madrid dic. 2004, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004

El aspecto más importante de esta definición es el hecho que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia calidad de vida.

Las dimensiones de mayor interés de la CVRS pueden describirse como:

- **Función física.** Se refiere a la energía, fuerza y capacidad para llevar a cabo una actividad normal. Contempla fundamentalmente dos dominios, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y la capacidad para el esfuerzo, energía o la actividad positiva.
- **Función psicológica.** Se refiere a indicadores cognitivos y afectivos.
- **Interacción y función social.** Son importantes porque proporcionan un apoyo psicosocial al individuo al influir sobre su calidad de vida.
- **Sensaciones somáticas, limitaciones y alteraciones.** Son fundamentales para la medición objetiva de la calidad de vida.
- **Percepciones de salud.** Basadas en autopercepciones generales de salud y el nivel de satisfacción.

Calidad de vida, Terapia Ocupacional y EPA.

El bienestar personal y el sentimiento de autorrealización de cada persona dependen, en gran parte, del nivel de competencia ocupacional que esta posea y de las actividades significativas que realiza en su contexto particular. Para que un sujeto logre desenvolverse de manera eficaz en cada una de sus ocupaciones debe contar con un estado de equilibrio en su forma de vivir, en su día a día. Equilibrio que se integra en las áreas física, psíquica, emocional, espiritual y social.

Las personas experimentan profundos sentimientos de gratificación como respuesta a su participación en actividades altamente deseadas. La actividad debe ser significativa para el sujeto e implica una motivación hacia su realización. Puede definirse como una experiencia en la que la persona participa de forma activa, lo cual requiere coordinación entre los sistemas físico, emocional y cognitivo del individuo. De esta manera la actividad, influida por los roles vitales del sujeto, tiene un valor y un significado único para cada persona.

La participación en los ciclos de EPA tiene el propósito de desarrollar y mantener la salud del cuerpo, por ende de mejorar la calidad de vida. Estas vivencias proveen a los usuarios sensaciones que el cuerpo no siempre tiene la posibilidad de registrar, y que si se registran, no siempre tienen la posibilidad de llevar hacia una conducta efectiva. A través de la toma de conciencia del propio cuerpo, de sus posibilidades motrices y fundamentalmente de la racionalización se abren posibilidades aún no descubiertas. Por medio de la participación del individuo en esta actividad de trabajo corporal se abre el camino a que las formas saludables de vivir pueden aprehenderse y que jamás se está predestinado a lo insalubre.

La capacidad de ser receptivos, de estar presentes en la sensación, multiplicará las potencialidades de una autoobservación más plena y más sensible. Se trataría así de alcanzar una observación no intelectual sino sensitiva, sensorial. Una sensación se corporiza cuando la sensibilidad frente a esta sensación abre las puertas de la conducta

total en todas las áreas y no deja aislada la sensación a una reacción sólo corporal, sólo mental o sólo social.⁶⁴

El estar presentes en la actividad que se está realizando conlleva a la toma de conciencia del propio cuerpo y viceversa. Esta vivencia implica hacerse cargo de la propia salud y bienestar personal.

“El cuerpo con sus sensaciones y también con sus enfermedades continúa siendo el canal principal de conexión con la totalidad de nuestro ser”.⁶⁵

La realización del trabajo corporal contribuye a la construcción de la representación del cuerpo en la corteza cerebral, en la fabricación de sensaciones, en la renovación y adquisición de hábitos saludables para alcanzar y mantener el bienestar personal y social.

⁶⁴ Kesselman, S. 1990. El pensamiento corporal. España. Ed. Paidós. Pág. 29.

⁶⁵ Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro, S., Villar, G., Lis, D. 2016. Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (1º Ed), Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional. Argentina. Ed. M.B. Pág. 62.



CAP. IV

PERCEPCIÓN DEL DOLOR

**"EL ARTE MÁS
PODEROSO DE LA VIDA
ES HACER EL DOLOR UN
TALISMÁN QUE CURA.
¡UNA MARIPOSA RENACE
FLORECIDA EN FIESTA
DE COLORES!"**
F. KAHLO

El vivenciar de las sensaciones

Consideramos relevante para nuestra investigación de la variable de estudio “percepción de dolor” comenzar haciendo referencia a la sensación y a la percepción, ya que gracias a ellas, y demás mecanismos explicados en el transcurso del capítulo, el dolor se hace perceptible en nuestro cuerpo, mente y alma.

En el marco de la psicología fenomenológica⁶⁶ se pueden clasificar las vivencias de la siguiente manera:

- Elementos del vivenciar: Alude a los elementos básicos constitutivos del aparato psíquico. Se distinguen:
 - Sensación, percepción y representación
 - Pensamiento
 - Afectividad
 - Psicomotricidad

- Instrumentos del vivenciar: Son factores generales de cuya presencia y operatividad depende la construcción vivencial. Éstos son:
 - Conciencia
 - Inteligencia
 - Atención
 - Memoria

⁶⁶ Jaspers la define: La fenomenología tiene la tarea de hacernos presente intuitivamente aquello que los pacientes realmente vivencian, considerarlo de acuerdo a sus relaciones de parentesco, delimitarlo, diferenciarlo lo más claramente posible y entregarlo en términos precisos.

Corriente que analiza los fenómenos para dar una explicación del ser.

- Orientación
- Cualidades fundamentales de las vivencias: Corresponde a ciertas cualidades generales que sólo surgen en la naturaleza humana. Su carácter dinámico exige una aproximación dimensional que distingue las siguientes dimensiones:
 - Dimensión realidad-irrealidad
 - Dimensión actividad-pasividad
 - Dimensión acercamiento-evitación
 - Dimensión dependencia-independencia

Los tres pilares del vivenciar de las personas: instrumentos, modos y cualidades, se interrelacionan dialécticamente, y llevan así a la configuración del vivenciar, como un todo y no como la suma de sus componentes.

Vamos a basarnos en dos elementos del vivenciar que son la sensación y la percepción; principalmente ésta última ya que es parte constitutiva de nuestra variable de estudio.

Sensación

Siguiendo con la línea de la fenomenología, se define y caracteriza a la sensación:

Se habla de sensación cuando un estímulo que actúa sobre un órgano sensorial llamado receptor es capaz de excitarlo y provocar una reacción de transmisión hacia un centro integrador. El cerebro registra dicho estímulo como una experiencia que denominamos sensación. Los

receptores tienen una constitución fisiológica diferente según el estímulo que son capaces de responder⁶⁷.

Tipos de sensaciones:

- Retina (conos y bastones). La sensación provocada es la luz y colores.
- Células cutáneas (corpúsculos de Krauss Pacini). La sensación provocada es de frío o calor.
- Órgano de Golgi (células de Corti). La sensación provocada es sonidos y ruidos.
- Células cutáneas (corpúsculos de Meissner). Se excitan por presión. La sensación es táctil.
- Aparato vestibular (células ciliadas). Se excitan por movimientos de la cabeza. La sensación es de equilibrio.
- Células gustativas. Se excitan por sustancias químicas en solución acuosa. La sensación es gustativa.
- Células olfativas. Se excitan por sustancias químicas en forma gaseosa. La sensación es olfativa.
- Receptores propioceptivos. Se excitan por modificaciones químicas y mecánicas del medio interno. La sensación es de presión y tensión.
- Terminaciones nerviosas libres. Se excitan por aportes de energía intensa. La sensación es el dolor.

⁶⁷ Capponi, R. 1987, Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Argentina. Ed Universitaria edición digital, Pág. 43

Retomando con la mirada de nuestra investigación sobre educación somática y trabajo corporal; podemos destacar que la capacidad de ser receptivos, de estar presentes en la sensación, multiplica las potencialidades de una autoobservación más plena y sensible. Una sensación se corporiza cuando la sensibilidad frente a esa sensación contempla la conducta total de la persona, teniendo en cuenta las áreas corporal, mental, emocional y social.

Percepción

Una vez que llega al cerebro la transmisión nerviosa desde el receptor, este registro se somete a una serie de elaboraciones psíquicas hasta convertirse en una percepción. La percepción es el acto de toma de conocimientos de datos sensoriales del mundo que nos rodea.

La percepción sensorial puede ser entendida de una manera objetiva, de este modo es la percepción real que se obtiene y elabora con la observación directa del estímulo que impresiona a los aparatos receptores sensoriales.

Desde la perspectiva de la Neuropsicología⁶⁸ todos los sentidos, visión, sonido, tacto, dolor y propiocepción, recogen información del mundo que nos rodea y del interior de nuestro cuerpo. La percepción es el procesamiento en el encéfalo que transforma toda esta información en nuestra experiencia inmediata del mundo. Por lo general no tomamos conciencia de la percepción ya que es una acción muy rápida, espontánea y automática.

⁶⁸ La Neuropsicología es una especialidad perteneciente al campo de las neurociencias, que estudia la relación entre los procesos mentales, conductuales y el cerebro. Constituye un punto de encuentro entre la psicología y la neurología.

En el campo de la psicología se define a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación, para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente. Es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben, en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes⁶⁹.

En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad, y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. La manera de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas de cómo es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales.

⁶⁹ Vargas, M; Luz, M. 1994. Sobre el concepto de percepción *Alteridades*, vol. 4, núm. 8, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas diferentes. Esto lleva a concebir a la percepción como resultado de dos tipos de inputs (estímulos):

- Las sensaciones que provienen del medio externo;
- Las sensaciones internas que provienen del individuo.

Cabe aclarar que sensación y percepción son conceptos distintos. Una sensación no implica necesariamente que el sujeto se dé cuenta del origen de la estimulación sensorial. Por otro lado, una sensación se transforma en percepción cuando tiene algún significado para la persona.

La capacidad sensitiva se puede definir a través de los umbrales de la percepción, lo que explica la intensidad de los estímulos y la capacidad para poder recibirlos. Se puede distinguir:

- Umbral absoluto: Es el nivel mínimo o máximo a partir del cual un individuo puede experimentar una sensación. Es la barrera que separa los estímulos que son detectados de los que no.
- Umbral relativo o diferencial: Es la diferencia mínima que se puede detectar entre dos estímulos.

Todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, pero no todo lo que se siente es percibido. La vida cotidiana nos provee de sensaciones que nuestro cuerpo no siempre tiene la posibilidad de registrar. Existe un proceso perceptivo mediante el cual la persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a su bienestar personal y social.

DOLOR FISIOLÓGICO

El dolor fisiológico, es un mecanismo esencial de señal temprana que nos alerta de la presencia de estímulos lesivos en el entorno.

Todos los seres vivos deben ser capaces de reaccionar a estímulos nocivos. La adquisición de la capacidad de detectar y recordar el peligro es un paso evolutivo clave en el desarrollo del sistema nervioso.

“Es indispensable para la supervivencia. Tiene una función protectora ya que alerta sobre la presencia de noxas, condiciones nocivas para los tejidos”⁷⁰.

El dolor fisiológico se inicia en las fibras sensoriales nociceptoras especializadas de los tejidos periféricos, activadas sólo por estímulos nocivos. La afluencia sensorial generada por los nociceptores, activa a las neuronas de la médula espinal que se proyectan al córtex por vía talámica, provocando dolor. La señal del nociceptor también activa e incrementa el reflejo de retirada y la respuesta emocional y autonómica.

La característica esencial de un nociceptor es su capacidad para diferenciar entre estímulos inocuos y estímulos nocivos, esto se logra con un umbral alto de estimulación y la capacidad de codificar la intensidad del estímulo en una frecuencia de impulsos, son capaces de activarse frente a estímulos de una determinada intensidad.

El umbral de estimulación de los nociceptores no es constante, sino que depende del tejido donde se encuentre el nociceptor. Debido a su capacidad de responder a estímulos dolorosos, los nociceptores han sido llamados también

⁷⁰ Tortora. Derrickson, 2006, Principios de anatomía y fisiología; 11º Edición, España, Ed: Panamericana, Pág. 556

“receptores del dolor”, sin embargo no todos los tipos de dolor se deben a la activación de este grupo de receptores.

En función de su localización y de sus distintas características, se distinguen tres grupos de nociceptores: cutáneos, musculares–articulares, y viscerales.

Los nociceptores transforman, por tanto, estímulos locales (químicos, mecánicos y térmicos) en potenciales de acción que se transmiten mediante las fibras sensoriales aferentes primarias hacia el SNC.

En la percepción del dolor existen niveles de integración creciente donde la información nociceptiva es procesada de forma organizada. Entre el lugar donde se produce la agresión y la percepción de dicho daño se producen una serie de procesos neurofisiológicos; que colectivamente se denominan: transducción, transmisión, modulación y percepción.

- Transducción: Proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico. Los nociceptores responden a diferentes noxas térmicas, mecánicas o químicas; pero no responden a estímulos no nociceptivos.
- Transmisión: propagación del impulso nervioso hasta los nervios sensoriales del Sistema Nervioso Central. La información de la periferia es transmitida a la médula espinal, luego al tálamo y finalmente a la corteza cerebral. El haz neoespinalámico, es la vía primaria de la señal del dolor rápido, discrimina los diferentes aspectos del dolor: localización, intensidad, duración. El haz paleoespinalámico transmite el dolor lento, crónico; la percepción emocional no placentera viaja a través de esta vía. El tálamo inicia la

interpretación de la mayoría de estímulos nociceptivos, los cuales siguen a la corteza cerebral. La corteza involucrada en la interpretación de las sensaciones de dolor son: corteza somatosensorial primaria, corteza somatosensorial secundaria, opérculo parietal, ínsula, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal.⁷¹

- **Modulación:** Capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, fundamentalmente inhibiendo en las astas posteriores de la médula. El mismo permite que la señal nociceptiva recibida en el asta dorsal de la médula espinal sea selectivamente inhibida, de manera que la señal a los centros superiores es modificada. El sistema de modulación endógena del dolor está conformado por neuronas intermedias dentro de la capa superficial de la médula espinal y tractos neurales descendentes; los cuales pueden inhibir la señal del dolor.
- **Percepción:** proceso final en el que los tres primeros interactúan con una serie de otros fenómenos individuales, crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor.

La relación entre un estímulo nocivo y la manifestación del dolor depende de muchos factores como la excitación, la atención y la expectación. Estos factores psicológicos a su turno son influenciados por señales que establecen el significado del estímulo y ayudan a determinar una apropiada respuesta al estímulo nocivo.

⁷¹ Zegarra Piérola Jaime Wilfredo, 2006, Bases fisiopatológicas del dolor, Acta Médica Peruana versión On-line ISSN 1728-5917, Perú

La experiencia del dolor sólo puede ser definida en términos de conciencia humana y como toda experiencia sensorial no hay forma de cuantificarla. Dolor no es igual que nocicepción, nocicepción es la respuesta a la estimulación de los nociceptores, si bien la nocicepción puede darnos una experiencia dolorosa, está también puede ocurrir en ausencia de dolor, y el dolor puede estar presente en ausencia de nocicepción.

Clasificación:

En el análisis del dolor es habitual utilizar diferentes clasificaciones:

Según su perfil temporal puede ser:

- **Agudo:** es una experiencia, normalmente, de inicio repentino, duración breve en el tiempo y con remisión paralela a la causa que lo produce. Su duración se extiende desde pocos minutos a varias semanas. Al dolor agudo se le ha atribuido una función protectora, su presencia actúa evitando que el individuo desarrolle conductas que puedan incrementar la lesión o lo lleva a adoptar aquellas que minimizan o reducen su impacto. La respuesta emocional fundamental es la ansiedad, con menor participación de otros componentes psicológicos.
- **Crónico:** es el que persiste o se repite en un período mayor a tres meses, persiste más allá de la resolución de una lesión tisular aguda o acompaña una lesión que no cicatriza. Las causas incluyen trastornos crónicos (cáncer, artritis, diabetes), lesiones (hernia de disco, torsión del ligamento) y trastornos de dolor (dolor neuropático, fibromialgia, cefalea crónica).

- Paroxístico: es de aparición súbita, de vivencia intensa cuya alternancia varía con periodos de ausencia del dolor (migrañas).

En función de la patogénesis⁷²

- Dolor Nociceptivo: Dependiendo del lugar de origen, se distingue entre dolor somático y dolor visceral:
- Somático: se subdivide en dolor superficial (dolor cutáneo) en las membranas de la piel o mucosas (por ejemplo, heridas menores, quemaduras de primer grado) o dolor profundo en músculos, huesos, articulaciones, ligamentos, tendones, vasos sanguíneos, fascias (por ejemplo, esguinces, roturas de huesos, dolor miofascial).
- Visceral: se origina en las vísceras u órganos del organismo. Se caracteriza por ser un dolor difícil de localizar y que frecuentemente está acompañado por reacciones del sistema nervioso autónomo. El dolor visceral puede irradiar hasta las correspondientes zonas de la piel.
- Dolor Neuropático: Es causado por una lesión o disfunción primaria en el sistema nervioso. El dolor neuropático se produce como resultado de un daño en las fibras nerviosas, emanando el impulso de dolor de las propias estructuras neuronales en lugar de las terminaciones nerviosas estimuladas. Es así que el dolor se proyecta en la región inervada por el nervio. Se puede subdividir según la estructura afectada: un nervio periférico, raíz nerviosa o el sistema nervioso central (médula espinal, cerebro).

⁷² Conjunto de mecanismos biológicos, físicos o químicos que llevan a la producción de una enfermedad.

- Dolor Psicogénico: Está causado por los procesos mentales de la persona que lo sufre y no por causas fisiológicas inmediatas. El dolor puramente psicogénico es raro, y su incidencia está frecuentemente sobreestimada. Sin embargo, con frecuencia, el dolor crónico tiene un componente psicológico secundario que tiene como resultado una presentación mixta (por ejemplo, dolor psicósomático).

En función de la localización musculoesquelético:

- Cervical: Se localiza en la región posterolateral del cuello y en los hombros, acompañándose de limitación de la movilidad, lo que se denomina “dolor cervical no complicado”. Cuando existe irritación radicular con irradiación del dolor a los miembros superiores se habla de “cervicalgia con radiculopatía”. Una tercera forma de presentación es la cervicalgia secundaria a un mecanismo de aceleración o desaceleración del cuello también denominado “latigazo cervical”⁷³
- Lumbar: es aquel que se localiza entre el borde inferior de la parrilla costal y el pliegue glúteo inferior. Puede irradiarse o no al miembro inferior, si sigue el trayecto del nervio ciático y supera distalmente la rodilla, se habla de ciática.
- Hombro: “Tras el dolor lumbar y cervical es la tercera causa de la incapacidad de origen músculo esquelético”⁷⁴ Se pueden deber a causas intrínsecas tales como afectaciones de estructuras osteo-articulares que componen el complejo del hombro; como causas extrínsecas cuyo origen es ajeno al

⁷³ Sánchez I., Ferrero A. Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Florez MT, Peña A, Zambudio R, 2008 Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física, Ed Panamericana, España, Pág. 379

⁷⁴ Gomoll AH, Kats JN, Warner JJ, Millett Pj, 2004, Rotator cuff disorders: recognition and management among patients with shoulder pain, 50:3751-61.

hombro pero se irradian, tales como neoplasias, cardiopatías, enfermedades pulmonares, entre otras.

- Codo: Se afecta por varios procesos: agudos de origen traumático y crónico por sobreuso o micro traumatismos.
- Muñeca y Mano: El dolor de la muñeca y mano tiene gran importancia por su frecuencia y sus repercusiones funcionales y laborales. “La epidemiología de los diferentes procesos que la provocan es difícil de conocer dada la ausencia de una clasificación y de unos criterios diagnósticos unánimemente aceptados”⁷⁵.
- Cadera: es dolor que puede ser causado por afecciones de origen intra articular, estructuras óseas o tejidos blandos; o extra articulares como también puede ser referido desde la columna lumbar, el aparato genitourinario u otros órganos intrapélvicos.
- Rodilla: posee una gran repercusión funcional y limitación en el aparato locomotor de la persona.
- Tobillo y pie: causado por una alteración de las estructuras que componen la articulación y el segmento del pie, afectan la base de estabilidad y bipedestación como así también la marcha.

Vale recalcar que el dolor presenta aspectos generales tales como:

- Facies álgicas: contractura de la musculatura facial, expresión de sufrimiento angustia o desagrado.

⁷⁵ Walker-Bone KE, Palmer KT, Reading I, Cooper C., 2003, Soft-tissue rheumatic disorders of the neck and upper limb: prevalence and risk factors, ;33:185-203.

- Posiciones antiálgicas: postura física que adopta la persona para disminuir o atenuar el dolor. Se compensa en función de protección del área dolida.
- Conductas compensatorias: cambios en sus actividades diarias que hace la persona para convivir con el dolor.
- Impedimentos: se dan cuando el dolor se convirtió en algo tan intenso que no le permite al sujeto ocupar de manera activa sus roles en la sociedad, su ocupación o actividades de la vida diaria.

Dolor como alteración subjetiva de la sensibilidad

En la semiología del Sistema Nervioso el dolor forma parte de las alteraciones de la sensibilidad subjetiva.

La definición de dolor es: “El dolor es una sensación especial, penosa, desagradable”⁷⁶. Esta definición contiene dos elementos fundamentales:

- Se trata de una sensación especial, semejante a lo que es la sensación de contacto, de calor, de frío, de presión, etc.
- Hay, en esa sensación, una intensa tonalidad afectiva que la hace penosa y desagradable.

La intensidad del dolor puede variar dentro de amplios límites, desde el dolor leve hasta el dolor violento e intolerable. Esta intensidad dolorosa depende de la causa que lo origina, además del factor reaccional individual que hace que un mismo dolor sea leve para un sujeto e intenso

⁷⁶ Fustinioni. 1987. 11ª edición. Semiología del Sistema Nervioso. Argentina. Ed. El Ateneo. Pág. 228.

para otro. En esto intervienen factores raciales; factores de acostumbamiento o educación; factores psíquicos y emocionales⁷⁷.

Dependiendo de la intensidad del dolor se pueden asociar diversas manifestaciones psíquicas y somáticas: aceleración del pulso, aceleración de la respiración, sudoración, palidez o rubicundez, elevación de la tensión arterial, dilatación de la pupila, exaltación o depresión espiritual, llanto, cólera, ansiedad, etc. También, el dolor muy agudo puede inhabilitar a la persona para concentrarse en cualquier tipo de actividad física o mental.

Con respecto a la naturaleza o carácter del dolor se presentan grandes variabilidades:

- Compresión (dolores constrictivos)
- Sacudidas eléctricas rápidas (dolores fulgurantes)
- Quemaduras (dolores urentes)
- Lanzadas (dolores lancinantes)
- Punzadas (dolores terebrantes)
- Tironeamientos o arrancamientos

Estas son las principales que se postulan, pero existen muchas más.

Los dolores pueden ser continuos o permanentes, cuando tienen cierta duración, o bien paroxísticos, es decir, de duración más o menos breve, separados por periodos en donde falta el dolor. (...) Los dolores pueden ser generalizados o difusos. O estar localizados en ciertas partes del organismo. Puede tener su sitio de máxima intensidad en un lugar y de ahí irradiar a zonas vecinas o alejadas (dolores irradiados y a

⁷⁷ Op. Cit.; Pág. 228.

distancia). Si el dolor se ubica en el lado opuesto al que ocupa el órgano que lo genera, se lo denomina contralateral⁷⁸.

El dolor puede ser periférico o central, dependiendo del nivel de las vías nerviosas en donde se origina:

- Dolor periférico. Se debe a procesos que afectan a los nervios periféricos. Este dolor puede ser somático, cuando tiene su origen en los miembros o partes del cuerpo; o puede ser visceral, cuando tiene su origen en las vísceras del tórax y abdomen.
- Dolor central. Se debe a lesiones o procesos que afectan a las vías o centros sensitivos dentro del neuroeje.

Percepción del dolor

En la elaboración de una percepción identificada como dolor, el cerebro entrelaza sensación, emoción y cognición. Para enfatizar esta complejidad, la International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una sensación desagradable y una experiencia emocional en respuesta a una lesión tisular real o potencial, o descrita en estos términos”⁷⁹.

En la percepción del dolor intervienen una serie de factores cuya complejidad es superior a la de los fenómenos propiamente biológicos, dependiendo del estado afectivo, de la motivación de la persona y de factores cognitivos, como así también de la experiencia vivida, las expectativas y el

⁷⁸ Op. Cit.; Pág. 228.

⁷⁹ Vásquez F., 2008, ,Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física, España, Ed Panamericana, Pág. 45

contexto. En otras palabras podemos decir que dolor se inserta en un conjunto de variables: sensorial, motor, vegetativo, emocional, motivacional, etc.

Median también aspectos psicofisiológicos. En el ser humano se describen cinco sentidos (vista, oído, tacto, gusto y olfato), pero también pueden definirse otras modalidades sensoriales. Así, la sensibilidad corporal o somestesia se divide en grandes funciones, cada una de ellas constituidas, a su vez, por varias sensibilidades elementales⁸⁰:

- La función exteroceptiva (cutánea, musculoesquelética, visceral), que comprende las sensibilidades al tacto, la presión y las vibraciones (mecanocepción), la sensibilidad térmica (termorrecepción) y la sensibilidad a los estímulos nocivos (nocicepción).
- La función propioceptiva, que informa al sistema nervioso central acerca de la posición y el movimiento de los segmentos corporales y del cuerpo en el espacio.
- La función interoceptiva, que informa al sistema nervioso central sobre el estado del medio interno.

El dolor es más que una experiencia sensorial discriminativa que permite conocer la intensidad, la localización, la duración de un estímulo nociceptivo. Además, se caracteriza por un estado emocional adverso (negativo) que da lugar a una acción (motivación). Esta emoción es una parte fundamental e indisoluble de la experiencia del dolor, y no una reacción a su componente sensorial. El dolor es intrínsecamente

⁸⁰ Plaghki, L., Mouraux, A., & Le Bars, D. (2018). Fisiología del dolor. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 39(1), 1–22. Doi:10.1016/s1293-2965(18)88603-0

«desagradable» y posee una enorme capacidad para captar la atención, interferir en cualquier actividad que se esté realizando, movilizar los recursos y las estrategias de defensa. Así, el dolor se distingue claramente de otros sistemas sensoriales porque en la elaboración de una percepción que se identifica como un dolor están íntimamente relacionadas la sensación, la emoción y la cognición.⁸¹

Dolor y calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es un concepto multidimensional, tiene acento en el valor asignado que las propias personas ponen a su vida en los aspectos físicos, psíquicos y sociales; componentes de la salud en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones del sujeto. Es por tanto una valoración individual muy influenciada por la percepción subjetiva de cada individuo, por su entorno político, social, económico y cultural; y es un valor que se modifica en estados de enfermedad, deficiencia o accidente.

El dolor en general, es un fenómeno complejo y multideterminado, resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos, cognitivos y socio-culturales.

En la percepción del dolor se integran la subjetividad de la persona, la variabilidad del dolor y la multidimensionalidad. Este último término hace referencia a la multiplicidad de factores que intervienen en la percepción

⁸¹ Plaghki, L., Mouraux, A., & Le Bars, D. (2018). Fisiología del dolor. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 39(1), 1–22. Doi:10.1016/s1293-2965(18)88603-0

individual del dolor, McGuire, en 1992, establece una serie de dimensiones o áreas:

- Fisiológica: físicas de localización, inicio, y duración del dolor.
- Sensitiva: son la intensidad, calidad del dolor, y patrón de comportamiento.
- Afectiva: modificaciones en el estado de ánimo que acompañan a la percepción del dolor, como la ansiedad, y la alteración del humor.
- Cognitiva: significado que la persona da al dolor, las experiencias previas o las posibilidades de adaptación.
- Conductual: modificaciones en el hacer de la persona, en posibilidades de actividad física, de comunicación o la necesidad de reposo o inactividad que condiciona la presencia del dolor.
- Sociocultural: comprende las actitudes de la persona con el entorno social, las posibilidades de afrontamiento y la posibilidad de recibir cuidados.

En el proceso de búsqueda de equilibrio entre los polos salud y enfermedad, el dolor se impone obligando al cuerpo a perder su homeostasis, desequilibrando las áreas mencionadas, afectando la subjetividad, y forzando a habitar en un cuerpo hostil que no actúan funcionalmente, sino limitando el desenvolvimiento del ser humano.

La persona que sufre dolor lo percibe como “inútil”, pues no previene ni evita daño al organismo. Tanto su naturaleza como su intensidad presentan una gran variabilidad en el tiempo. Las repercusiones más frecuentes en la esfera psicológica implican ansiedad, ira, miedo, frustración o depresión que, a su vez, contribuyen a incrementar más la percepción dolorosa. Las repercusiones socio-

familiares, laborales y económicas son múltiples y generan cambios importantes en la vida de las personas que lo padecen y sus familias: invalidez y dependencia. La necesidad de uso de fármacos con que aliviar el dolor, se convierte en un factor de riesgo potencial de uso, abuso y autoprescripción, no sólo de analgésicos, sino también tranquilizantes, antidepresivos y otros fármacos.⁸²

Es así que, el dolor posee una gran incidencia negativa en la calidad de vida de la persona que lo padece. Viéndose afectado el desempeño de su rutina diaria, en aspectos relacionados con el funcionamiento físico, en el desempeño de sus ocupaciones, actividades de la vida diaria y en el desenvolvimiento de roles. Dado a la gran carga afectiva y emocional (negativa) de significado que le da la persona, desmejora las relaciones interpersonales y los vínculos sociales.

Dolor, terapia ocupacional y EPA

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con daño orgánico real o potencial o descrita en términos de ese daño (International Association for the Study of Pain, Subcomité ad hoc para el currículo de Terapia Ocupacional/Fisioterapia <IASP>, 1979). Esta definición destaca la naturaleza multidimensional, así como la subjetividad intrínseca del dolor. Se sabe que variables individuales, como el humor,

⁸² M. C. López-Silva, M. Sánchez de Enciso, M. C. Rodríguez-Fernández, E. Vázquez-Seijas, 2007, Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria, Rev. Soc. Esp. Dolor 1:9-19

las experiencias previas de dolor y la cultura, afectan a la percepción del dolor. (Turk y Melzack, 1992)⁸³.

El dolor es una razón primaria por la que las personas buscan atención en salud. La percepción del dolor interfiere de manera significativa en el estado de ánimo de los individuos, en el desempeño en las ocupaciones que realiza, en la personalidad y el estilo de vida de la persona que lo vivencia.

Dentro del primer nivel de atención de salud, la Terapia Ocupacional tiene el propósito de aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida mediante la prevención y promoción de la salud. “En la EPA la toma de conciencia de la existencia de zonas de dolor conduce al descubrimiento de vicios posturales o vicios de función y a la búsqueda de una postura armónica, flexible y libre de tensiones”⁸⁴.

Con respecto a todo lo que la persona soporta en su día a día, Sandra Porro hace alusión a la carga que los sujetos ponen en su propia mochila y que pueden traducirse en dolor y/o en enfermedad. Entonces refiere:

(...) “Algunas personas no saben o no pueden aligerar la mochila y como se llena cada día más, un buen día explota y entonces se lastima el cuerpo, aparece la enfermedad, que no es más que la pérdida de la homeostasis, ese equilibrio de verdadero malabarista que estuvimos soportando durante bastante tiempo. En ese mismo momento algunos se sienten desconcertados y hasta enojados. Pero acaso el cuerpo nos dio

⁸³ Willard y Spackman. 2008. Terapia Ocupacional. 10ª edición. Argentina. Ed. Médica Panamericana. Pág. 634.

⁸⁴ Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro, S., Villar, G., Lis, D. 2016 Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (1º Ed), Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional; Argentina: Editorial M.B. Pág. 57.

más de una señal que suprimimos con algún analgésico automedicado, o con algún masaje fugaz que calmó momentáneamente el síntoma. El cuerpo se enferma posturalmente porque una (en general varias) de sus partes no está cumpliendo adecuadamente con su función. Pero por más de que esto quede claro en el nivel del pensamiento, es necesario llevarlo al nivel de la propia percepción y a la experiencia en el propio cuerpo”⁸⁵.

En este ámbito es fundamental la toma de conciencia del propio cuerpo, de la propia postura y de la zona o las zonas de dolor para poder corregir la postura, la mecánica corporal, la anatomía funcional, favorecer la conservación de energía y el mejoramiento global. Así como también, el trabajo de autoconocimiento personal y autopercepción del dolor para poder descubrir los posibles orígenes del mismo.

Dolor y técnicas somáticas

Apropiarse de las sensaciones

La sensibilidad y la apertura hacia el universo de la sensación, es muchas veces el contacto con el dolor y el sufrimiento. El darse cuenta, el estar sensibles, son procesos para el registro de distinto tipo de sensaciones -placenteras o dolorosas-, siendo el dolor un mensaje de que algo no funciona bien. Son más temibles los dolores que uno ya no siente, no registra. Cuando registramos un dolor, cuando un

⁸⁵Op. Cit. Pág. 56-57.

dolor se hace presente en el cuerpo o, mejor dicho, una tensión se hace presente a través del dolor, nos descubre un conflicto que de otro modo no percibiríamos.⁸⁶

El proceso por el cual la persona se pone en contacto con su dolor es obviamente doloroso. Poder permanecer abierto al propio dolor es un trabajo personal y difícil, pero es el único camino para la liberación de la tensión. “No podemos deshacernos de una tensión que no sentimos⁸⁷”.

La toma de contacto con el dolor se relaciona directamente con un trabajo de búsqueda de la sensación, con el descubrimiento de sensaciones nuevas y de experimentarlas y sentirlas a conciencia. Estas sensaciones que cada vez se van a ir haciendo más claras para la conciencia, son las responsables de que la persona se ponga en contacto con su ser más íntimo (a veces lentamente, otras de forma brusca).

Integración Estructural

El Rolfing postula que los seres humanos se resisten al cambio. La tendencia a mantener aquello que la persona posee en un determinado momento, a evitar lo desconocido, a eludir el cambio, es universal. Esto es lo que llamamos costumbre o pautas habituales. “El movimiento espontáneo estimula el patrón muscular que resulta más accesible, y esto llega a convertirse en el hábito, el índice del menor esfuerzo”⁸⁸.

⁸⁶ Kesselman, S. 1990. El pensamiento corporal. España. Ed. Paidós. Pág. 36.

⁸⁷ Op. Cit.; Pág. 37.

⁸⁸ Rolf, I. Rolfing, 1994; La Integración de las estructuras del cuerpo humano. España; Ed. Urano. Pág. 281.

No existe la experiencia dolorosa sin un sistema motor que intente evitarla. Esto se desprende del deseo de autopreservación, de inercia y de resistencia al cambio que presentan la mayoría de las personas y que se manifiesta frecuentemente como dolor.

La palabra dolor abarca fenómenos muy diversos. Lo más frecuente es que, al verbalizar su dolor, la gente moderna esté describiendo una reacción ante algo que está sucediendo en su mundo emocional. Es muy probable que a cualquiera de sus reacciones negativas, incluso la mera conciencia ante un cambio, la denominen <dolor>. Este dolor mental puede ser muy intenso; puede incluso iniciar un cambio fisiológico importante. Un impacto emocional negativo puede ser lo bastante grave como para alertar el funcionamiento fisiológico normal y causar una pérdida del conocimiento, incluso la muerte⁸⁹.

El mecanismo de defensa a un impacto psíquico es, con gran frecuencia, miofascial. Las miofascias se consideran el medio a través del cual el individuo se comunica con el mundo exterior. Una persona que presente tejido miofascial en equilibrio razonable, será capaz de recuperar su equilibrio emocional gracias a esta elasticidad física.

Un hombre que está al borde del equilibrio físico no cuenta con un margen de seguridad en el que pueda confiar. Al ser humano corriente no le interesa, en realidad, la abstracción verbal del equilibrio; su preocupación vital es reducir su dolor, y lo que él llama dolor suele ser una percepción de su propio nivel emocional. Al observar el mundo

⁸⁹ Op. Cit.; Pág. 283.

circundante, y en especial las expresiones faciales y el comportamiento de las personas, uno ve que el nivel emocional general parece, en términos muy generales, negativo. (...) Y es demasiada la gente que vive en esa especie de estado de dolor crónico, en un retraimiento negativo permanente⁹⁰.

Una emoción negativa provoca de inmediato un movimiento que se aparta del equilibrio y soltura miofasciales. En esto es posible visualizar una reacción inmediata de hipertonicidad de los flexores miofasciales. Lo contrario es una persona relajada, que presenta su cuerpo en un estado de equilibrio miofascial relativo, donde flexores y extensores no se encuentran bloqueados. De esta manera, la recuperación ante la crisis emocional puede ser más adecuada.

Con respecto a la dimensión emocional del dolor, esta es la percepción de un desequilibrio fisiológico. Ida Rolf lo refiere como “un darse cuenta de carencias o de excesos de orden químico en la sangre y los tejidos. (...) El reflejo emocional y afectivo de semejante desequilibrio puede considerarse como la fachada del dolor en la condición humana”⁹¹.

Otra dimensión del dolor es la sensorial. La incomodidad física suscita en el cuerpo un cambio químico, que es lo que en el campo de la conciencia del sujeto aparece como una emoción negativa: el dolor. Esta sensación de incomodidad neutraliza y consume la vitalidad del individuo. “El ser humano que opera dentro de un estrecho margen de seguridad química, se agota rápidamente bajo el impacto de semejante bombardeo”⁹².

⁹⁰ Op. Cit.; Pág. 285.

⁹¹ Op. Cit.; Pág. 287.

⁹² Op. Cit.

El dolor se modifica según la interpretación que cada persona le dé. Lo que se percibe no se equipara con la realidad. El estímulo que los nervios transportan al cerebro es real; la percepción psíquica de ese estímulo se basa en experiencias pasadas.

Rolf hace referencia a Melzak⁹³ quien defiende la teoría que considera al dolor como una suma o agregado centralizado de impulsos. De acuerdo con esto, la atención, la memoria y las emociones supervisan las sensaciones de entrada en diversos niveles del sistema nervioso, y alteran la percepción psicológica. Conciben a la palabra dolor como una etiqueta lingüística para explicar una gran mezcla de experiencias y respuestas.

En las sesiones de integración estructural se pueden observar la diversidad de respuestas mencionadas anteriormente, y cómo esta diversidad confunde al individuo cuando llegan a su conciencia. Se observan profundos cambios en la posición y en el tono muscular, y esto es lo que mucha gente llama dolor.

La integración estructural lleva consigo cambios en las fascias. El dolor que estos cambios producen es transitorio; tan pronto desaparece la presión, el dolor también desaparece. (...) La sensación que sigue es de bienestar y envuelve por entero al individuo, que siente la primera parte de la integración física como un cambio desconocido, que precisamente por desconocido le genera angustia. Subconscientemente, recuerda que el cambio es algo a lo que él se resiste a toda costa. Se retrae y,

⁹³ Psicólogo canadiense, que postula una explicación fisiológica a la percepción del dolor.

naturalmente, dada la intensidad de la experiencia, la llama dolor. Pero cabe preguntarse si lo es⁹⁴.

El dolor útil

La autora del método Mézières plantea una diferencia de tensiones muy marcada entre los grupos musculares, existe una retracción constante que afecta principalmente a los músculos posteriores del tronco, de los miembros inferiores, rotadores internos de la cadera y los músculos del diafragma.

Mézières afirma:

“Aplastados por nuestras propias fuerzas musculares y por las retracciones, intentamos escapar de las consecuencias. De estas consecuencias, estiramiento y dolor, nace un círculo vicioso que constituye lo esencial de nuestras deformidades y de nuestras enfermedades”.⁹⁵

Cuando se presenta el dolor, es consecuencia de otros dolores que permanecen escondidos. Ocultos por reflejos antiálgicos inconscientes y a priori. Reflejos llamados a priori porque se desatan antes que el incidente tenga lugar; son reacciones que preceden a la señal dolorosa. Dicho de otro modo, estos reflejos son compensaciones para no sufrir.

En el método, Mézières:

Se toma el tiempo para introducirse en un diálogo, una historia explicada por el propio cuerpo, un cuerpo que se expresa paso a paso,

⁹⁴ Op. Cit.; Págs. 289-290.

⁹⁵ Godelieve Denys Struyf, 2004. El manual del Mezierista 3º edición TOMO 1, España, Ed. Paidotribo, Pág. 16

los tejidos rechazan, reaccionan, los músculos tiemblan, sufren calambres y después ceden de pronto. Ceden al tiempo que aparecen nuevas barreras. Intenta extirpar lo que el cuerpo ha rechazado, en el mejor de los escenarios, es el objetivo de un viaje lento y paciente en el que la lesión o las primeras lesiones se dejaron abordar para una re-armonización definitiva⁹⁶.

Durante el trabajo corporal comienzan a aparecer dolores escondidos, que se intentan enmascarar. Estos aspectos escondidos del cuerpo, progresivamente descubiertos, son extirpados de nuestros músculos de manera paulatina. “Cada dolor desalojado es un dolor útil que se debe tratar” es así que cuando un dolor sobreviene en el transcurso del tratamiento, se intenta que ceda a través de diversos medios, por consiguiente:

Un músculo contracturado, se debe mantener el estiramiento obtenido conjuntamente, se debe inhibir la reactividad muscular y el dolor, principalmente por medio de una presión prolongada y profunda. El dolor que se desata durante el trabajo se considera como un “dolo útil”. Útil para superar, para progresar, hacia la causa inicial⁹⁷.

Se recorre un camino hacia atrás para encontrar el inicio de todo. El tiempo se aplica de una manera progresiva y lenta, el cuerpo ha tardado años en multiplicar sus tensiones, en crear muros y barreras, por tal motivo, el camino inverso debe hacerse con seguridad. Con cada capa eliminada se debe enseñar

⁹⁶ Op. Cit.; Pág. 83

⁹⁷ Godelieve Denys Struyf, 2004. El manual del Mezierista 3º edición TOMO 1, España, Ed. Paidotribo, Pág. 86

al cuerpo a construir una nueva, re aprender desde su sabiduría y armonía innata.

Enfoque somato-psíquico

El inconsciente regula las funciones más vitales: respiración, circulación, digestión, etc.; y puede dominar el resto de las consideraciones conscientes. Enfrentados a las agresiones que se somete la persona día tras día, los mecanismos automáticos de defensa intentan evitar dolores y molestias salvaguardando a su vez las funciones fundamentales antes descritas. “Siguen tres reglas: preservar las funciones hegemónicas, mejorar o evitar el dolor y procurar que las consecuencias sean lo menos molestas posibles.”⁹⁸

Cada mensaje nociceptivo, de cualquier origen, ocasiona un aumento del tono:

Las agresiones aumentan la actividad de los husos y particularmente en los músculos de la estática. Esto tendrá como efecto secundario acentuar las respuestas de tipo miotático directo y multiplicar las descargas de las motoneuronas alfa dentro de esos músculos. El aumento de tensiones neuromusculares conducirá entonces a una modificación de la actividad contráctil de los músculos antigravitatorios”⁹⁹.

Souchard plantea que el soma (unidad físico - psíquica) responde ante una algia a través de la ocultación, volviendo inconsciente lo que es molesto a nivel consciente.

⁹⁸ Souchard, P.-E.; 2012. Reeduación Postural Global, Método de campo cerrado, Enfoque Somato-Psíquico. Buenos Aires: Edición Digital, VII Congreso Internacional de RPG, Pág. 37.

⁹⁹ Op. Cit.; Pág. 46

La ocultación se hace siempre en detrimento de estructuras menos nobles, proceso conocido de somatización de las agresiones con carácter psíquico. Las agresiones de tipo somático regresan también al “inconsciente”: irán desde las extremidades hacia el centro y en particular hacia el diafragma y el área lumbar¹⁰⁰.

Este mecanismo al ser usado de manera inflexible determina fijaciones, las cuales de manera paulatina se convertirán en verdaderas fortalezas que refuerzan la respuesta antiálgica, contestando a las agresiones de una manera estereotipada. Gradualmente se integrará al esquema corporal de la persona, naturalizando las corazas, considerando justo y normal las perturbaciones morfológicas. Pudiendo culminar en un bloqueo y/o invalidando la función.

Nuestros mecanismos de compensación son lo bastante eficaces para anestesiar el dolor.

Al igual que un ejército bien jerarquizado, nuestro sistema automático responderá a las agresiones de manera modulada, en función del nivel de capacidad de cada uno de sus componentes, desde el simple soldado de a pie (neurona) hasta los más altos mandos (centros nerviosos automáticos superiores) y todo ello, buscando siempre, preservar lo esencial.¹⁰¹

La columna vertebral, “no satisfecha con ser la víctima de sus propios músculos y de su complejo funcionamiento es además el instrumento privilegiado de los mecanismos de defensa”¹⁰².

¹⁰⁰ Op. Cit.; Pág., 53

¹⁰¹ Souchard, 2003, Streching Global Activo TOMO I, España, Ed Paidotribo, Pág. 36

¹⁰² Op. Cit., Pág. 38

Una mala postura morfológica, una espalda demasiado redondeada o plana, dificulta los movimientos naturales. De manera que un cuerpo deformado, por posturas antiálgicas no permite movimientos eficaces y se somete a un mayor esfuerzo.

El sistema de reflejos antálgicos reacciona tanto a nivel somático como a nivel psíquico de manera coherente. El aprendizaje enriquece lo vivido y permite elegir a priori las medidas adecuadas, para evitar los prejuicios. Por lo tanto toda agresión psíquica o física se refleja sobre el individuo entero en su unidad somática.

La guarida del tigre

Thérèse Bertherat hace referencia específicamente al dolor en el libro “La guarida del tigre”. En este refiere que las personas tienen un tigre en el cuerpo y que este se aloja en la espalda. Por encontrarse en el lado posterior del cuerpo lo común es que los sujetos lo ignoren o directamente no sepan de su existencia. La musculatura de esta zona corporal se va endureciendo y bloqueando por cóleras y miedos que a veces ni siquiera llegan a la conciencia. “Las personas tienen entonces gestos cortos, rígidos, estrechos. Tienen dolores en los músculos y una total ansiedad que les impide ver o comprender lo que les ocurre¹⁰³”.

El tigre es fuerte y potente, pero los individuos no se percatan de su existencia hasta que perciben dolor; (...) “sólo lo sentimos cuando su fuerza se

¹⁰³ Bertherat, T. 2010. La guarida del tigre: Antigimnasia para el dolor de espalda y las contracciones musculares. Buenos Aires. Ed. Paidós. Pág. 10.

vuelve aplastante y se concentra en las vértebras, por ejemplo, y nos doblamos de dolor¹⁰⁴”.

Una porción del tigre jamás se mueve sin las otras. Si la nuca se inclina o gira, su inclinación o su rotación hacen mover inevitablemente algo más, más lejos o más abajo en el conjunto. (...) Si se quieren ejercitar los músculos o si se tiene dolor de espalda, no basta con mirar la porción del cuerpo que se quiere mover, ejercitar, cuidar, hay que observar el todo. (...) El comportamiento del tigre deriva de su anatomía, no puede hacer de otra manera. Su forma determina su función¹⁰⁵.

Autoconciencia y aprendizaje

La Eutonía es una disciplina corporal que facilita el autoconocimiento. Propone aprender a dirigir la atención para disminuir o liberar las tensiones acumuladas que originan el dolor. Cada clase es una investigación sobre determinada zona del cuerpo, y el dolor es una guía para realizar esta tarea de contacto. Su propuesta consiste en habitar el espacio dolorido y ocuparlo con la atención, modificar el comportamiento que nos lleva a retener el dolor y reemplazarlo por el de soltarlo.

Es posible aprender desde el dolor, usarlo como parte del aprendizaje. Brinda las herramientas para que la persona logre aprender a dirigir la atención hacia el delicado mecanismo que se pone en marcha cada vez que nuestro cuerpo ejecuta una acción, y su práctica permite corregir la mayoría de los malos

¹⁰⁴ Op. Cit.; Pág. 24.

¹⁰⁵ Op. Cit.; Pág. 28.

hábitos que nos llevan a enfermarnos. En la práctica, el dolor comienza a ceder debido al trabajo de contacto realizado, la persona experimenta un cambio en la tensión muscular y constata que también se produjeron modificaciones en su emoción y en sus pensamientos. Entonces, al liberar la tensión muscular, esa liberación se produce también en su tono psicofísico.

La meta consiste en permitir al individuo que recobre la adaptabilidad de su tono muscular (...) Diversos problemas emocionales, especialmente los vividos en la infancia, provocan contracciones más o menos localizadas en ciertos músculos, temporarias al principio pero que tienden a fijarse y organizarse en forma permanente (...) El método busca devolver la flexibilidad perdida por efecto de fijaciones producidas por la infancia.¹⁰⁶

Una vez que se asume este aprendizaje, aparece el recurso personal para enfrentarse al conflicto, a la situación de estrés o la tensión de la vida diaria suele despertarse en esa persona el deseo de conocerse, de hacerse cargo de lo que le pasa, de buscar, encontrar y repetir diariamente el trabajo eutónico.

Siguiendo esta línea que radica en la importancia del aprendizaje para contrarrestar el dolor, Feldenkrais propone que los dolores provienen de nuestros hábitos, y los movimientos son utilizados como medios de aprendizaje. Los distintos desplazamientos evocan secuencias o modelos funcionales de la vida cotidiana, se experimentan alternativas en distintas posiciones para facilitar la ruptura de respuestas motoras automatizadas.

¹⁰⁶ Gerda A., 1993, La Eutonía: un camino hacia la experiencia total del cuerpo, México, Ed Paidós, Pág. 16

El autor del método plantea que el dolor se integra a la imagen corporal por las impresiones provenientes del mundo externo e interno a lo largo de todo el desarrollo de la vida de la persona, y este actúa como un anestésico perceptivo, factor que impide el refinamiento del sentido kinestésico.

Durante el aprendizaje de nuevos patrones de movimientos, el Sistema Nervioso no recibe los impulsos aferentes habituales, lo que posibilita que los impulsos eferentes puedan reorganizarse, favoreciendo una funcionalidad más eficiente.

El fundamento neurofisiológico de este proceso de cambio y aprendizaje radica en las propiedades plásticas del Sistema Nervioso. Estas se manifiestan funcionalmente en la formación y multiplicación de nuevas conexiones sinápticas en las estructuras superiores. Se activan así redes neuronales potencialmente conectadas. Se recupera la capacidad de reconocer las emisiones internas como emisiones significativas de la calidad propioceptiva del movimiento. La organización del movimiento es una proyección del funcionamiento del SNC. Por este motivo, el movimiento tiene la posibilidad de reorganizar dicha funcionalidad.

Todos sienten que tienen algún problema y que no tienen elección
(...) Las personas que llegan a mí son las que están en búsqueda , la mayoría de quien hacen todo esto saben en realidad que no conocen su potencial, que no han conseguido hacer de sí mismo y de su propia vida un conjunto armonioso. (...) Y yo les enseño, les ayudó a transformarse en seres humanos que tienen libertad de elección y libre albedrío.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Feldenkrais M, 2005, La sabiduría del cuerpo: recopilación de artículos, Argentina, Ed Paidós, Pág. 316

Es a través del aprendizaje que la persona puede conocer sus hábitos, explorar alternativas para hacer los movimientos de una manera diferente, tomar conciencia de las conexiones que se realizan durante los movimientos para saber escoger patrones de movimientos más fluidos, funcionales y que le brinden al cuerpo mayor apertura y disponibilidad.



ASPECTO METODOLÓGICO

"GASTAMOS PALABRAS
TRATANDO DE EXPLICAR
LA CONCIENCIA, SIN
EMBARGO ES DEL
CUERPO DEL QUE NO
SABEMOS. NO SABEMOS
DE LO QUE UN CUERPO
ES CAPAZ".

F. NIETZSCHE

Aspectos metodológicos de la investigación

Problema

¿De qué manera influye la Educación Postural Activa (EPA) en la percepción del dolor de los adultos que asisten a las clases de EPA en Mar del Plata durante el periodo comprendido entre junio a agosto del 2019?

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar de qué manera influye la EPA en la percepción del dolor de los adultos que asisten a las clases de EPA en Mar del Plata durante el período comprendido entre junio a agosto del 2019.

Objetivos específicos:

- Analizar los resultados de la evaluación de los pacientes pre-intervención de las sesiones de Educación Postural Activa.
- Analizar las modificaciones que se producen en los pacientes post intervención de las sesiones de Educación Postural Activa.
- Comparar los resultados obtenidos en las evaluaciones pre y post intervención.

Variable principal de estudio

Variable: Percepción del dolor

Definición Científica

La Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial de un tejido”¹⁰⁸.

Implica una serie de procesos jerarquizados por el sistema nervioso cuyo inicio es en las fibras sensoriales nociceptivas especializadas de los tejidos periféricos, activadas sólo por estímulos nocivos.

El dolor es intrínsecamente «desagradable» y posee una enorme capacidad para captar la atención, interferir en cualquier actividad que se esté realizando, movilizar los recursos y las estrategias de defensa. Así, el dolor se distingue claramente de otros sistemas sensoriales porque en la elaboración de una percepción que se identifica como un dolor están íntimamente relacionadas la sensación, la emoción y la cognición¹⁰⁹.

Tiene una función protectora ya que alerta sobre condiciones nocivas o amenazantes para la integridad de la persona.

Definición Operacional:

Mecanismo subjetivo mediante el cual el sistema nervioso recibe, interpreta y comprende las señales o sensaciones desagradables.

Es un fenómeno complejo y multidimensional, resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos, cognitivos y socio-culturales. Las

¹⁰⁸ Vázquez F., 2008, ,Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física, España, Ed Panamericana, Pág. 45

¹⁰⁹ Plaghki, L., Mouraux, A., & Le Bars, D. (2018). Fisiología del dolor. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 39(1), 1–22. Doi:10.1016/s1293-2965(18)88603-0

sensaciones o señales son integradas y traducidas en el cuerpo como tensiones, que limitan la armonía del tono y la fluidez del movimiento. Involucran de manera completa la unidad psico-física, connotan cambios holísticos en el ser humano, su calidad de vida, comportamiento, posturas, calidad de movimiento, emociones, y su quehacer en las actividades de la vida diaria.

Las técnicas somáticas usan como medio la percepción del dolor, debido a que la atención y la conciencia dirigida a las sensaciones interoceptivas y exteroceptivas, permiten ser una guía y portavoz que el cuerpo comunica, y que la persona debe aprender a escuchar para llegar al origen del dolor e eliminarlo. El proceso de entrar en contacto con el propio dolor es un camino personal e individual que llevará al sujeto al bienestar global.

En el instrumento que utilizaremos para analizar nuestra variable de estudio, se realiza un dimensionamiento con respecto a las cualidades del dolor:

- Difuso (Límites imprecisos)
- Localizado (Límites precisos)
- Urente (Sensación de quemazón)
- Palpitante (Sensación de latido)
- Sordo (Dolor de baja intensidad, molesto y prolongado)
- Irradiante (Extensión hacia otras áreas)
- Punzante (Sensación de perforación, como una lanza)
- Constrictivo (Que aprieta y oprime)
- Gravitativo (Sensación de pesadez)
- Taladrante (Sensación de empeoramiento constante)
- Fatigoso (Cansador para el día a día)

- Agudo (De aparición repentina)

Dimensionamiento:

Variable: Percepción del dolor

Localización	Tronco	Cabeza
		Cuello
		Espalda
		Torso anterior
		Glúteo
		Pelvis
	MMSS	Hombro
		Brazo
		Codo
		Antebrazo
		Muñeca
		Mano
	MMII	Muslo
		Rodilla
		Pierna
Tobillo		
Pie		
Intensidad	Sin dolor	0

	Mínima	1 a 3
	Media	4 a 6
	Máxima	7 a 10
Tipo de dolor	Difuso	Si
		No
	Localizado	Si
		No
	Urente	Si
		No
	Palpitante	Si
		No
	Irradiante	Si
		No
	Sordo	Si
		No
	Punzante	Si
		No
	Constrictivo	Si
		No
	Gravitativo	Si
		No
	Taladrante	Si
		No

	Fatigoso	Si	
		No	
	Agudo	Si	
		No	
Modificantes	Aliviantes	Medicamentos	
		Actividad física	
		Reposo	
		Otros	
	Intensificantes	Levantar peso	
		Actividad física	
		Mantener posturas de forma prolongada	
		Otros	
Efectos Medicamentosos	Horas de efecto	Sin toma	
		La medicación para el dolor no me ayuda en nada	
		1 hora	
		2 horas	
		3 horas	
		4 horas	
		Más de 5 horas	
		Más de 12 horas	
	Grado de alivio	Sin	0

		alivio	
		Mínimo	1 a 3
		Medio	4 a 6
		Máximo	7 a 10
Desencadenante	Efectos del tratamientos		
	Enfermedad principal		
	Situación relacionada con mi enfermedad principal		
	Otros		
Implicancia en calidad de vida	Sueño	Bueno	1 a 3
		Regular	4 a 6
		Malo	7 a 10
	Estado anímico	Bueno	1 a 3
		Regular	4 a 6
		Malo	7 a 10
	Disfrute de la vida	Bueno	1 a 3
		Regular	4 a 6
		Malo	7 a 10
	Trabajo	Bueno	1 a 3
		Regular	4 a 6
		Malo	7 a 10
	Actividad general	Bueno	1 a 3
		Regular	4 a 6
		Malo	7 a 10

	Capacidad de caminar	Bueno	1 a 3
		Regular	4 a 6
		Malo	7 a 10
	Relaciones con otras personas	Bueno	1 a 3
		Regular	4 a 6
		Malo	7 a 10

Enfoque de estudio:

Para este trabajo se elegirá un enfoque cuantitativo que pretenderá descubrir los hechos tal cual se presentan en la realidad, realizando la interpretación de los datos luego de su recolección y en base a la teoría.

La variable de estudio: “La percepción del dolor” posee un carácter subjetivo, razón por la cual se cuantificará para hacerla observable y medible en lo empírico.

De todos modos se consignarán preguntas cualitativas para que los participantes tengan la libertad de profundizar acerca de aquellos aspectos que consideran importantes.

Tipo de estudio

Trabajo pre experimental con pre y post prueba.

Diseño de estudio:

Es un diseño no experimental descriptivo. En esta investigación no se manipularán deliberadamente las variables. Se observarán fenómenos tal y

como se dan en su contexto natural sin que el investigador realice alguna intervención en el desarrollo del mismo, para luego poder analizarlos.

El tipo de diseño consistirá en administrar un cuestionario previo a las 10 sesiones de Educación Postural Activa y otro finalizados los encuentros; bajo la modalidad de pre-prueba y post-prueba con el fin de analizar una sola variable que es la percepción del dolor.

Los datos serán recabados al inicio y a la finalización del ciclo de EPA en el período comprendido entre los meses junio a agosto del 2019.

Estudio Exploratorio:

A partir de dicha investigación se abordará un problema de investigación poco estudiado, como es la influencia de EPA en la percepción de dolor. Así se logrará aumentar el grado de familiaridad con esta técnica de tratamiento innovadora, para que pueda ser utilizada como punto de partida para otros estudios más profundos, considerando que este tipo de estudio permitirá identificar tendencias, descubrir variables e identificar sus posibles relaciones.

Estudio Descriptivo:

Se llevará a cabo una investigación sobre la influencia de la Educación Postural Activa en la percepción del dolor, intentando determinar esta influencia con una evaluación pre y post intervención.

Se describirán algunas características fundamentales, midiendo los conceptos y variables, integrando las características diferenciadoras de la variable propuesta y registrando las distribuciones absolutas o relativas de la

categoría de la variable.

Debido que la realización de estudios descriptivos supone la existencia de investigación exploratoria ejecutada sobre el tema por el mismo investigador, es que se concluyó que la mencionada investigación será un Estudio Exploratorio-Descriptivo.

Tipo de Estudio por su nivel de aplicación

Se tratará de un estudio de campo, ya que se estudiará a aquellas personas que concurran a las sesiones de Educación Postural Activa en la Clínica de Salud de la Ciudad de Mar del Plata en el período de junio a agosto del 2019.

Tipo de Estudio por su relación con el número de Aplicaciones

Teniendo en cuenta el alcance temporal de la investigación, esta consistirá en la modalidad de pre-prueba y post-prueba con el fin de analizar una sola variable que es la percepción del dolor.

Los datos serán recabados al inicio y a la finalización del ciclo de EPA en el período comprendido entre los meses junio a agosto del 2019.

Población:

La población será constituida por las personas que asistirán por demanda espontánea, a los talleres de EPA en la ciudad de Mar del Plata en el período entre junio a agosto del 2019.

Método de selección de la muestra

El método será No Probabilístico por conveniencia o accidental. Se utilizará este procedimiento tomando como muestra a los individuos disponibles. Los resultados de esta investigación se obtendrán seleccionando directa e intencionadamente a aquellas personas que realicen EPA en la ciudad de Mar del Plata en el periodo entre junio a agosto del 2019.

Muestra

La población accesible serán hombres y mujeres que asistirán a las clases de EPA en Mar del Plata en el período entre junio a agosto del 2019.

Criterios de selección de la muestra

Las personas que se incluirán en la muestra serán seleccionadas según los siguientes criterios de inclusión: participantes de los talleres de EPA en Mar de la Plata entre el período junio a agosto del 2019, de sexo masculino y femenino, mayores de 18 años que acepten la propuesta de participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado (ver Anexo II).

Por otra parte los criterios de exclusión serán para las personas que no acepten participar del estudio, o que abandonen el ciclo de trabajo de EPA, como también aquellos participantes que no completen las dos pruebas (pre y post) o que no firmen el consentimiento informado.

Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizará para llevar a cabo la investigación será un cuestionario auto administrado, que se aplicará a personas que concurrirán a las sesiones de EPA en la Ciudad de Mar del Plata durante el periodo de junio a agosto del 2019.

Instrumento:

Cuestionario Breve del dolor (ver Anexo I)

El cuestionario estandarizado consiste en un conjunto de 13 preguntas respecto a la variable a medir. Se considera pertinente agregar una pregunta abierta al final de la encuesta con el fin de profundizar sobre la variable de nuestro problema de investigación.

En Argentina fue utilizado en una investigación realizada por Alejandro Sola; Pablo Pedrosa; Adrián Salvatore; Susana Salomón y José Carena en el año 2012 sobre “Manejo del dolor en pacientes hospitalizados” publicada en la Revista Médica Universitaria de la facultad de Ciencias Médica de Cuyo. Donde utilizaron la versión en español del instrumento Short Form modificada por Weissbrod y Stonski.

Elegimos este modo de medir nuestra variable porque lo consideramos un medio útil y eficaz para recoger la información en un tiempo respectivamente breve. Cumpliendo con las premisas de: fiabilidad ya que el nivel de error que proporciona resulta aceptable, y validez debido a que posee la capacidad para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado.

Esta prueba proporciona una evaluación global del dolor como síntoma.

Abarca una escala verbal donde el participante elige el adjetivo que mejor describa la intensidad del dolor; una escala numérica donde elija el número que mejor se ajusta a su dolor y por último una escala visual numérica donde la persona señale el punto donde se encuentra su dolor en un momento determinado.

Se considera multidimensional ya que evalúa de manera específica los componentes relacionados con el dolor, en especial la dimensión sensorial (descripciones de cualidad), calidad de vida (impacto sobre la persona) y evaluativa (valoraciones subjetivas de intensidad).

Tiene la peculiaridad de ser auto administrado con aplicación “Pre-prueba” y “post-prueba” siendo el objetivo poder comparar los resultados y así determinar la manera en que influye EPA en la percepción del dolor.

El contenido de las preguntas es variado, teniendo en cuenta que los aspectos medidos están relacionados con la percepción del dolor tales como: localización e intensidad, factores que alivian y exacerbaban el dolor, tratamiento y/o medicación que reciben las personas. Como así también la repercusión de la percepción del dolor en la calidad de vida del sujeto.

Las preguntas que constituyen el cuestionario son cerradas y abiertas. Las cerradas contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas, entre éstas hay preguntas dicotómicas (con dos posibilidades de respuesta) y policotómicas (con varias opciones de respuesta) siendo algunas excluyentes y otras no excluyentes; o poseen una escala numérica o de porcentaje para medición.

Análisis de datos

Los datos se analizarán a través de las siguientes técnicas estadísticas descriptivas:

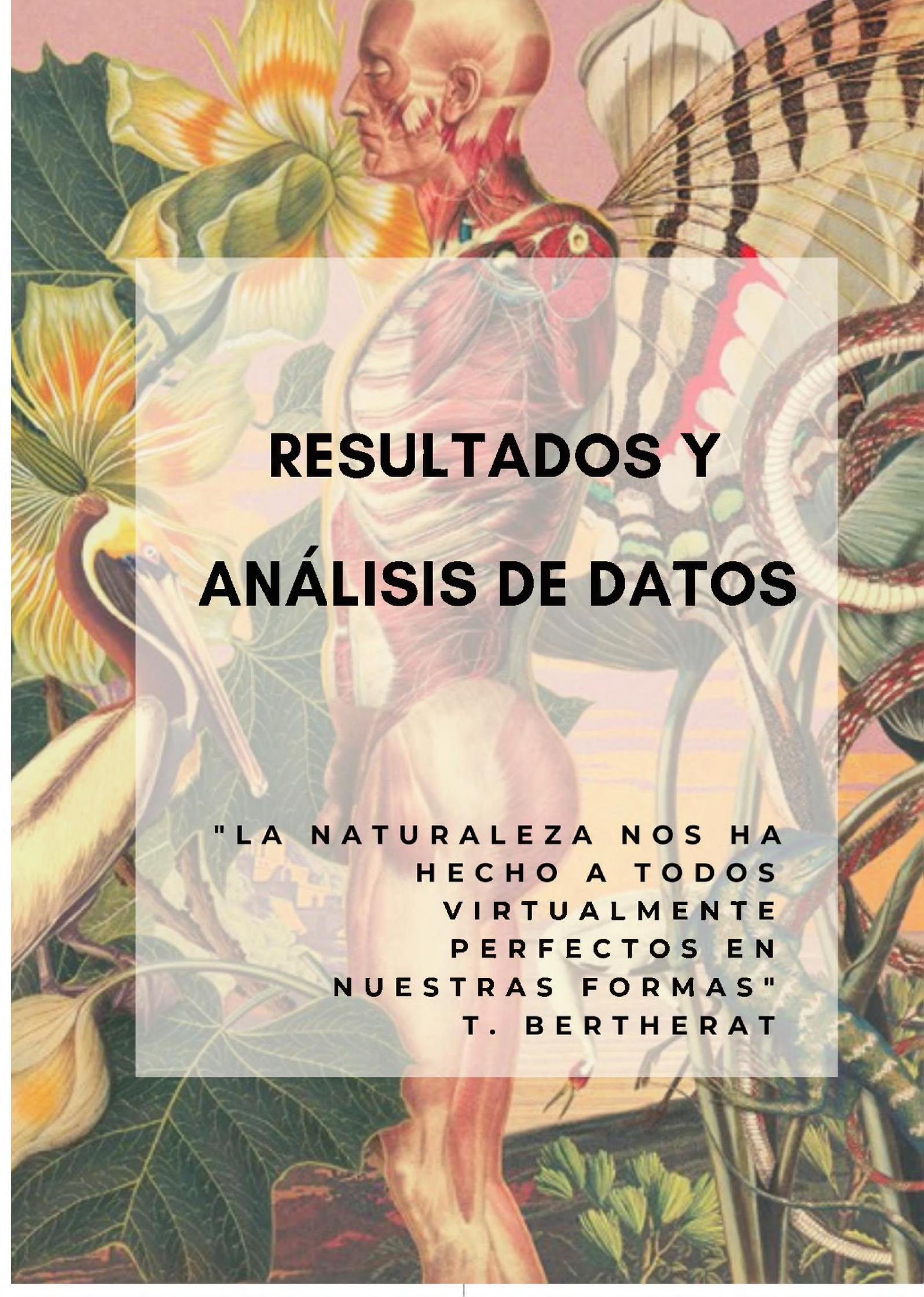
- Porcentajes
- Tablas simples y bivariadas
- Presentaciones gráficas correspondientes.

Modificaciones que surgieron a partir del trabajo de campo

A partir de los datos analizados en el trabajo de campo, decidimos realizar modificaciones en el dimensionamiento de la variable.

En la categoría “Localización del dolor” se quitó la subdivisión: anterior, posterior, derecha e izquierda, debido a que no brindan información relevante ni pertinente para el análisis. Por otra parte, se reemplazó la palabra abdomen por torso anterior ya que la misma no englobaba la totalidad del segmento el cual se aspiraba analizar. A su vez se resolvió incluir las subdivisiones de “pelvis” y “glúteos” antes contempladas en “MMII” dentro de la división “Tronco”

En la categoría “Duración de la medicación” se agregó la opción faltante “la medicación para el dolor no me ayuda en nada”. Y por otro lado en “Calidad de Vida” se agregó la división omitida “capacidad de caminar” y se corrigió la interpretación de la puntuación buena, regular y mala de dicha dimensión.



RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

**"LA NATURALEZA NOS HA
HECHO A TODOS
VIRTUALMENTE
PERFECTOS EN
NUESTRAS FORMAS"
T. BERTHERAT**

Resultados y análisis de datos.

Los cuestionarios realizados a las personas que concurren al ciclo de EPA en Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante los meses de junio a agosto del año 2019, proporcionaron los siguientes resultados (Anexo III):

- Edad

Del 100% de la muestra (n:18), el 33 % tienen edades comprendidas entre los rangos de 52 a 62 años, el 28% entre 63 a 73 años, el 22% entre 30 a 40 años y el 17% entre 41 a 51 años. El promedio de edad es de 53 años (\bar{x} :52,8)

- Sexo

El 67% de la muestra es de sexo femenino mientras que el 33% es de sexo masculino.

- Ocupación

Del total de la muestra: el 33% son empleados, el 28% profesionales, el 17% jubilados, el 11% amas de casa y el otro 11% se desempeñan en oficios.

- Motivo por el cual asisten

De la muestra un 35% hace referencia a que el motivo por el cual asiste es por dolores corporales, un 14% busca mejorar su calidad de vida, otro 14% indica como motivo sus contracturas musculares, un 11% informa que

es por prevención y otro 11% para mejorar su postura. A su vez un 3% es por estrés, 3% post accidente laboral, 3% vértigo y mareos, 3% temblores y el restante 3% para aumentar la conciencia corporal.

- Tratamientos previos

El 67 % no tuvieron tratamientos previos mientras que el 33% si tuvo.

- Localización del dolor

Previo a la intervención en EPA el 89% localizaba su dolor en el tronco, el 33% en los MMSS y el 28% en el MMII. Posterior a la Intervención en EPA el 94% localizó su dolor en el tronco, el 39% en los MMSS y el 28% en el MMII.

Las variaciones surgidas posterior a la participación de las personas en el ciclo de EPA arrojaron cambios con respecto a las áreas corporales donde localizan el dolor, aumentado el porcentaje de tronco y MMSS, y manteniéndose constante el de MMII.

- Localización del dolor en el tronco

Previo a la intervención en EPA las personas que localizaban su dolor en el tronco, el 67% lo delimitaba en la espalda, el 44% en el cuello (nuca), el 28% en el área de los glúteos, el 17% en el torso anterior, 14% en la pelvis y el 11% en la cabeza (área del maxilar inferior). Posterior a la Intervención en EPA, las personas que localizaron su dolor en el tronco, el 67% lo delimitó en la espalda, el 44% en el área de los glúteos, el 33% en el cuello (nuca), el 5% en la pelvis y el 5% en la cabeza.

Por medio de dichos porcentaje se puede observar que a través de la participación en el ciclo de EPA se mantuvo el mismo porcentaje con respecto a la localización del dolor en la espalda. Hubo un aumento significativo en el área de los glúteos y una disminución en pelvis y cabeza. Se registra la desaparición en el dolor del torso anterior.

- Localización del dolor en los MMSS

Previo a la intervención en EPA las personas que localizaban su dolor en los MMSS, el 28% delimitaba dolor en los hombros, el 17% en los antebrazos, el 17% en los brazos, el 17% en las manos, 17% en las muñecas y el 11% en los codos. Posterior a la Intervención en EPA, de las personas que localizaron su dolor en los MMSS, el 33% delimitó el dolor en los hombros, el 11% en los codos, el 11% en los brazos, el 11% en los antebrazos y el 5% en la mano.

Los porcentajes obtenidos arrojan que a través de la participación en el ciclo de EPA, se registra una disminución favorable con respecto a los dolores de brazo, codo, antebrazo y mano. Se observa un aumento en los hombros y desaparición de la localización del dolor en las muñecas.

- Localización del dolor en los MMII

Previo a la intervención en EPA las personas que localizaban su dolor en los MMII, el 17% delimitaba dolor en los pies, el 11% en las piernas, el 11% en los muslos, el 11% en las rodillas y el 11% en los tobillos. Posterior a la Intervención en EPA, de las personas que localizaron su dolor en los MMII, el 22% delimitó dolor en las rodillas, el 17% en las piernas y el 11% en los muslos.

Por medio de estos porcentajes se puede observar que a través de la participación en el ciclo de EPA, se verifica una desaparición en la localización del dolor con respecto a los pies y tobillos. Los porcentajes de piernas y rodillas aumentaron y el de muslo se mantuvo igual.

- Intensidad máxima de dolor en la última semana

Previo a la intervención en EPA el 39% evaluaba su dolor en una intensidad máxima, el 39% en intensidad media, el 17% en intensidad mínima y el 5% determinaba que no tenía dolor. Posterior a la Intervención en EPA el 44% evaluó su dolor en una intensidad mínima, el 22% en intensidad media, el 17% en intensidad máxima y el 17% determinó que no tuvo dolor.

Los porcentajes arrojan información importante ya que a través de la participación en el ciclo de EPA, se generaron cambios positivos en la intensidad máxima de dolor que sienten en la última semana las personas que concurren a Clínicas de Salud. Se observa que aumentó tanto la intensidad mínima de dolor como la cantidad de personas que no sintieron dolor, y que disminuyó la intensidad máxima y media de dolor.

- Intensidad mínima de dolor en la última semana

Previo a la intervención en EPA el 50% evaluaba su dolor en una intensidad mínima, el 33% en intensidad media, el 17% determinaba que no tenía dolor y el 0% no tenía intensidad de dolor máxima. Posterior a la Intervención en EPA el 61% evaluó que no tuvo dolor, el 22% determinó una intensidad mínima para su

dolor y el 17% intensidad media. Ninguna persona evaluó su dolor en intensidad máxima.

Los porcentajes obtenidos arrojan información positiva luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que aumentó de manera significativa la cantidad de personas que refieren no haber sentido dolor y disminuyeron tanto la intensidad mínima como media.

- Intensidad media de dolor en la última semana

Previo a la intervención en EPA el 50% evaluaba su dolor en una intensidad media, el 39% en intensidad mínima, el 6 % tenía intensidad máxima y el 5% determinaba que no tenía dolor. Posterior a la Intervención en EPA el 56% evaluó su dolor en una intensidad mínima, el 22% en intensidad media y el 22% determinó que no tuvo dolor. Ninguna persona refirió intensidad máxima.

Los porcentajes obtenidos arrojan información favorable luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que aumentaron tanto la intensidad mínima como las personas que no refirieron dolor en la última semana. Disminuyó la intensidad media y ninguna persona manifestó intensidad máxima de dolor.

- Intensidad actual del dolor en el momento de completar la pre y post prueba

Previo a la intervención en EPA el 50% evaluaba su dolor en una intensidad media, el 22% en intensidad mínima, el 17% no tenía dolor y 11% una intensidad máxima. Posterior a la Intervención en EPA el 55% evaluó su dolor en una

intensidad mínima, el 28% determinó que no tuvo dolor y el 17% una intensidad media. Ninguna persona evaluó su dolor en intensidad máxima.

Los porcentajes obtenidos arrojan información positiva luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que aumentaron tanto la intensidad mínima como las personas que no refirieron dolor en la última semana. Disminuyó significativamente la intensidad media y ninguna persona manifestó haber sentido intensidad máxima de dolor.

- Empeoran el dolor

Previo a la intervención en EPA el 89% manifestaba que su dolor empeoraba al mantener posturas de maneras prolongadas, el 22% al levantar peso, 22% con la actividad física y el 22% marcaba la opción otros (estrés cansancio y mal dormir). Posterior a la Intervención en EPA el 94% manifestó que su dolor empeora al mantener posturas de manera prolongada, el 28% al levantar peso, el 11% con la actividad física y el 11% marcó la opción otros.

Los porcentajes obtenidos luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA arrojan como información relevante que la mayor parte de los participantes consideran que su dolor empeora con el mantenimiento de posturas por períodos prolongados de tiempo. A su vez aumenta el porcentaje de personas que manifiestan que su dolor empeora al levantar peso y disminuye el porcentaje de las personas que consideran que la actividad física empeora su dolor.

- Alivian el dolor

Previo a la intervención en EPA el 50% determinaba que la actividad física aliviaba su dolor, el 50% los medicamentos, el 44% utilizaban otros métodos para aliviar el dolor (cremas, masajes, calor y reiki) y el 33% reposo. Posterior a la Intervención en EPA el 56% determinó que la actividad física alivió su dolor, el 28% los medicamentos, el 28% el reposo y el 28% otros métodos para aliviar el dolor.

Luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA, los porcentajes arrojan como información importante el aumento de participantes que manifiestan que la realización de actividad física es un aliviante para el dolor, lo que se correlaciona con la disminución de la elección de otros métodos y de reposo. Por otra parte, disminuye significativamente el porcentaje de personas que utilizan medicación como aliviante de su dolor.

- Adjetivos para el dolor

Previo a la intervención en EPA el 72% seleccionaba el adjetivo localizado, el 44% sordo, el 44% fatigoso, el 33 constrictivo, el 28% irradiante, el 22% difuso, el 22% punzante, el 22% gravitativo, el 22% agudo, el 11% palpitante y el 5% urente. Ninguna persona elegía el adjetivo taladrante. Posterior a la Intervención en EPA el 72% eligió el adjetivo localizado, el 39% sordo, el 28% fatigoso, el 28 constrictivo, 28% punzante, el 22% agudo, el 22% irradiante, el 11% gravitativo, 11% difuso, el 5% palpitante y el 5% urente. Ninguna persona eligió el adjetivo taladrante.

Luego de la participación en el ciclo de EPA los porcentajes obtenidos arrojan la siguiente información: no se observan cambios en el porcentaje de personas

que eligen el adjetivo localizado; fatigoso y difuso presentan una disminución significativa, punzante presenta un leve aumento y sordo, constrictivo, irradiante, gravitativo, agudo, palpitante y urente una leve disminución. El adjetivo taladrante no es elegido para describir el dolor ni en pre ni post pruebas.

- Motivos del dolor

Previo a la intervención en EPA el 67% elegía la opción otros, el 22% una situación relacionada con mi enfermedad principal, 6% mi enfermedad principal y el otro 5% los efectos de mi tratamiento. De un total de 12 personas que eligieron la opción “otros”, el 67% refirió que se debe a malas posturas, el 9% no especificó, el 8% refirió tensión, el 8% problemas psicológico y el restante 8% sobrecarga de peso. Posterior a la Intervención en EPA el 61% eligió la opción otros, el 22% una situación relacionada con mi enfermedad principal y el 17% mi enfermedad principal. De un total de 11 personas que eligieron la opción “otros”, el 82% refirió que se debe a malas posturas, el 9% a estrés y el 9% restante no especificaron.

Los porcentajes obtenidos luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA arrojan que fueron mínimos los cambios en la elección de los motivos que originan el dolor con respecto a opción otros y a una situación relacionada con la enfermedad actual. Hubo un aumento en la cantidad de participantes que eligieron mi enfermedad principal y nadie seleccionó que se debe a los efectos del tratamiento. Con respecto a las aclaraciones realizadas por los participantes en la opción “otros” incrementó el porcentaje de personas que reconocen que su dolor es debido a malas posturas.

- Recursos utilizados para el dolor

Previo a la intervención en EPA el 39% manifestaba no realizar ni tratamiento ni toma de medicación, el 33% informaba que tomaba medicación para el dolor (tanto de manera esporádica como crónica), 22% manifestaba elegir ambos recursos y el 6% realizaba tratamientos tanto de rehabilitación como integrativos (Reiki, Yoga postural). Posterior a la Intervención de EPA el 39% manifestó no realizar ni tratamiento ni toma de medicación, también el 28% informó que toma medicación para el dolor (tanto de manera esporádica como crónica), el 22% manifestó elegir ambos recursos (mediación y tratamiento) y el 11% realizó tratamientos tanto de rehabilitación como integrativos (EPA, gimnasia).

Luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA, disminuyó el porcentaje de toma de medicación (tanto esporádica como crónica). Por otra parte aumentó el porcentaje de los que informaron realizar solo tratamiento, y a su vez hubo variación dentro de los tratamientos integrativos elegidos; previo a la intervención en EPA se nombran el Reiki y el Yoga postural, posterior a la intervención refieren EPA y gimnasia. Se mantuvo sin variaciones el porcentaje de personas que marcó ambos recursos (tratamiento y medicación) y también aquellas que refieren no realizar tratamiento ni tomar medicación.

- Grado de alivio

Previo a la intervención en EPA de las 11 personas que manifestaban recibir tratamiento y/o medicación para el dolor, el 60% informa que sentía alivio máximo, el 30% mínimo y el 10% medio. Posterior a la Intervención en EPA de las 11 personas que manifestaron recibir tratamiento y/o medicación para el dolor

el 73% informó que sintió alivio máximo y el 27% medio. Ninguna persona refirió sentir alivio mínimo.

Los porcentajes obtenidos arrojan información positiva luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que se observa un incremento en el porcentaje de los participantes que refieren sentir alivio máximo y medio. Ninguna persona manifestó sentir alivio mínimo.

- Duración de la medicación

Previo a la intervención en EPA el 44% manifestaba que no toma medicación. De las 10 personas que tomaban medicación, el 44% informaba que vuelve a sentir dolor después de las 12 horas, el 6% entre as 5 a 12 horas y el 6% después de la primera hora. Posterior a la Intervención en EPA el 56% no toma medicación. De las 8 personas que toman medicación, el 38% informó que vuelve a sentir dolor después de las 12 horas y el 6% luego de las 2 horas.

Los porcentajes obtenidos arrojan información positiva luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA debido a que disminuyó la cantidad de personas que consumen medicación como tratamiento crónico.

Afectación de los siguientes aspectos de la vida, debido al dolor, durante la última semana:

- Actividad general

Previo a la intervención en EPA el 50% elegía la opción bueno, el 33% malo y el 17% regular. Posterior a la Intervención en EPA el 67% eligió la opción bueno, el 17% malo y el 16% regular.

Los porcentajes obtenidos arrojan información positiva luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que aumenta el porcentaje que eligen la opción bueno, disminuyendo malo y la opción regular, este último presenta una leve disminución.

- Capacidad de caminar

Previo a la intervención en EPA el 78% elegía la opción bueno, el 11% malo y el 11% regular. Posterior a la Intervención en EPA el 89% eligió la opción bueno, el 6% malo y el 5% regular.

Los porcentajes obtenidos arrojan información favorable luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que aumenta el porcentaje que eligen la opción bueno, disminuyendo malo y regular.

- Trabajo habitual

Previo a la intervención en EPA el 50% elegía la opción bueno, el 28% regular y el 22% malo. Posterior a la Intervención en EPA el 72% eligió la opción bueno, el 17% malo y el 11% regular.

Luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA, los porcentajes obtenidos permiten observar cambios positivos ya que aumenta el porcentaje que eligen la opción bueno, disminuyendo malo y regular.

- Relaciones interpersonales

Previo a la intervención en EPA el 55% elegía la opción bueno, el 28% regular y el 17% malo. Posterior a la Intervención en EPA el 78% eligió la opción bueno, el 11% regular y el 11% restante malo.

La información obtenida luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA es positiva ya que aumenta el porcentaje que eligen la opción bueno, disminuyendo malo y regular.

- Estado de ánimo

Previo a la intervención en EPA el 45% elegía la opción bueno, el 33% malo y el 22% regular. Posterior a la Intervención en EPA el 61% eligió la opción bueno, el 33% regular y el 6% malo.

Los porcentajes obtenidos arrojan información positiva luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que aumenta el porcentaje que eligen la opción bueno, disminuyendo malo y regular.

- Sueño

Previo a la intervención en EPA el 55% elegía la opción bueno, el 28% malo y el 17% regular. Posterior a la Intervención en EPA el 72% eligió la opción bueno, el 17% regular y el 11% malo.

Luego de la participación de las personas en el ciclo de los porcentajes obtenidos son favorables ya que se observa incremento en la elección de la opción bueno, regular se mantiene sin modificaciones y malo disminuye significativamente.

- Disfrute de la vida

Previo a la intervención en EPA el 50% elegía la opción bueno, el 28% malo y el 22% regular. Posterior a la Intervención en EPA el 72% eligió la opción bueno, el 17% malo y el 11% regular.

Los porcentajes obtenidos arrojan información positiva luego de la participación de las personas en el ciclo de EPA ya que aumenta el porcentaje que eligen la opción bueno, disminuyendo malo y regular.

CONCLUSIÓN

“La conciencia del cuerpo hay que conquistarla.
Y la conquista únicamente el que se lo permite”.

Thérèse Bertherat

Al finalizar nuestro trabajo de campo podemos afirmar alegremente que el trabajo corporal y la educación somática son sumamente beneficiosas en la vida de las personas que lo vivencian.

Luego de la comparación de los resultados obtenidos en las evaluaciones pre y post intervención de EPA, tenemos la convicción de que este medio terapéutico influye de manera positiva en la percepción del dolor de los adultos que concurren a los ciclos de trabajo corporal.

En primer lugar y en virtud a los datos arrojados por la información de los cuestionarios tomados, podemos comprobar un aprendizaje de los participantes de su propio proceso de observación y toma de conciencia de todas las zonas corporales que conforman la estructura somática. Así como también la relación entre las partes del cuerpo, los estados afectivos, emocionales y mentales.

En las pre pruebas la mayoría de los individuos marcaron con respecto a la localización del dolor diversos segmentos corporales, haciendo referencia a las áreas dolorosas de manera más indiscriminada. Luego de la intervención de EPA estas zonas dolorosas disminuyeron y las personas pudieron localizar el dolor de forma más específica. A su vez se verifica que la utilización del adjetivo “difuso” disminuyó mientras que “localizado” se mantuvo. Estos cambios se deben al desarrollo de la conciencia corporal, capacidad de autoobservación y

ampliación de las percepciones; lo que favorece la construcción de la imagen y esquema corporal de manera más completa.

Gracias a EPA se amplifica la toma de conciencia de la existencia de zonas de dolor. Durante la realización de trabajo corporal salen a luz dolores escondidos, enmascarados debajo de verdaderas corazas. Pero al ser desalojados de manera paulatina, uno a uno, se libera la tensión muscular, se modifica el pensamiento y la emoción que ese dolor representa. Es así que el dolor se transforma en una guía útil para llegar al fondo, a la causa inicial que lo generó, recorriendo un camino hacia atrás para encontrar el inicio de todo.

En segundo lugar, también se produjeron modificaciones satisfactorias en relación a la intensidad del dolor. Posteriormente a la intervención de EPA se observaron tanto en la intensidad máxima, media, mínima y actual del dolor aumentos significativos en las personas que sintieron mínimo dolor y las que refirieron no sentir dolor. A la par también las modificaciones favorables son para la intensidad máxima y media ya que estas disminuyeron de forma relevante. Estos cambios se dan gracias a que EPA posibilita este aprendizaje y acompaña a la persona a sentirse cada vez mejor en su propio cuerpo brindando el aprendizaje de vivenciar al mismo con mayor consciencia y armonía.

Vale aclarar que tenemos en cuenta que el dolor es un fenómeno complejo que resulta de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos, emocionales, cognitivos, socio-culturales y espirituales. Por lo tanto, depende de todos estos factores en el momento en que los participantes completaron cada pregunta del cuestionario (pre y post prueba).

Las movilizaciones realizadas durante las clases de EPA facilitan el proceso a partir del cual las personas pasan de vivenciar su sentir, atravesado por la incomodidad de reconocer su desequilibrio en el sistema musculo esquelético y por ende su mayor gasto de energía, cansancio y/o dolor. Hasta llegar a habitar su cuerpo desde el placer, haciéndose consciente de la organización de sus movimientos, dueño de su sentir y re descubriendo su cuerpo.

Por lo tanto, el trabajo somático empodera a sus practicantes devolviéndole su lugar activo en la construcción de su salud. Las personas que asistieron al ciclo se atrevieron a ocupar con atención el espacio dolorido, haciéndose responsables de su cuerpo en el aquí y ahora. Para conquistar su dolor y usarlo como herramienta de aprendizaje y guía para reestablecer su equilibrio psicofísico.

Por otra parte, se recalca la importancia del trabajo corporal que se realiza sesión a sesión sobre la cadena posterior. A través de movimientos que favorecen los estiramientos suaves y completos de la cadena como de la malla imbricada que conforma las fascias, reflejan con claridad como las personas logran liberar (cada una a su medida y a su tiempo) las zonas colmadas de resistencia y malestar. Todo esto acompañado de una correcta oxigenación del área e irrigación para desmenuzar la tensión. Adquiriendo así un nuevo equilibrio musculo esquelético.

La toma de consciencia del propio cuerpo conlleva a la toma de consciencia de la existencia de las zonas de dolor y a la interrelación que posee con situaciones de la historia de la personal. Como a su vez, a los motivos que lo empeoran y/o lo alivian. En función de esto y de los datos arrojados en las

evaluaciones tomadas, la mayoría de las personas refirieron que el dolor empeora con la mantención de posturas prolongadas en el tiempo. Información relevante que deja al descubierto el descubrimiento por parte de los sujetos que participaron en las sesiones de EPA de vicios posturales y/o funcionales que seguramente conducirán hacia un proceso de corrección postural y mejoramiento global. Consideramos altamente beneficioso que hayan elegido como aliviantes del dolor a la actividad física, el reposo y la disminución en la toma de medicación. Así como también que el grado de alivio de los que continúan tomando medicación sea cada vez más prolongado, disminuyendo de esta manera la autoadministración de analgésicos.

Nos parece importante resaltar que como motivo de asistencia al ciclo de EPA algunas personas ya tenían en cuenta al momento de completar las pre prueba que concurrían para prevención en términos de salud. En el análisis de las post prueba el dato relevante es que las personas contemplaron a EPA dentro de los recursos que utilizaban y elegían para disminuir su dolor, como prevención en salud y en el aprendizaje e incorporación de hábitos saludables. Como ejemplos: “El dolor mejora claramente con los ejercicios posturales”; “EPA para prevenir y para curar”; “Mejoro el temblor”; “EPA trabaja desde la prevención y hábitos saludables”. Dejando entrever el importante aporte pedagógico del método y su vital importancia como APS en prevención y promoción de hábitos de vida saludable, brindado herramientas de autoayuda en la búsqueda de salud y bienestar de la persona. En esta línea de trabajo entra en juego el rol de las/los terapistas ocupacionales en prevención y promoción de la salud y bienestar de los individuos. Rol holístico que enfatiza en la importancia de considerar todas

las dimensiones de la vida, para que el sujeto pueda desarrollar plenamente sus ocupaciones en un entorno favorable y de acuerdo a hábitos saludables que le permitan apropiarse de su propio equilibrio en el proceso salud-enfermedad.

Durante las sesiones los participantes no solo se llevaron sus experiencias gratificantes grabadas y aprehendidas en su ser sino que se apoderaron de las herramientas utilizadas en las sesiones para reproducir en sus casas cuando las señales de malestar aparecen o para mantener una correcta salud postural. A su vez se adueñaron de pensarse de manera holística y ya no de modo dissociado.

En tercer lugar, se arriba a la conclusión que la intervención de EPA en las personas además de disminuir su dolor, de potenciar sus percepciones, la auto observación y conciencia corporal; logró facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio. Esto se ve reflejado no solo en las puntuaciones que brindaron a los diferentes aspectos de su vida, sino que también a la disminución del empleo de adjetivos para describir su dolor, como “fatigoso”, “agudo”, “palpitante”, “irradiante”, entre otros con connotación negativa en el vivir de la persona.

Para desenvolverse de modo eficaz en cada una de sus ocupaciones se debe contar con un estado de equilibrio integral. En el proceso de búsqueda de equilibrio entre salud y enfermedad, el dolor se impone obligando al cuerpo a perder su homeostasis y limitando el desenvolvimiento del ser humano. A su vez, dada la cualidad del dolor en captar la atención, este interfiere en cualquier actividad que se quiera realizar, viéndose afectado el desempeño de la rutina diaria. Sumado a la carga afectiva y emocional negativa que a él acompaña, desmejora las relaciones interpersonales y los vínculos sociales.

Como ya venimos explicando el dolor dificulta los movimientos naturales. De manera que un cuerpo con corazas, deformado por posturas antiálgicas o adormecido sin representación ni conciencia de sí mismo no solo no permite movimientos eficaces sino que se somete a un mayor esfuerzo para su hacer.

La participación en EPA tiene la función de desarrollar y mantener la salud del cuerpo y por ende de mejorar la calidad de vida. La realización del trabajo corporal contribuye a la construcción de la representación del cuerpo en la corteza cerebral, a la generación de sensaciones, la renovación y adquisición de hábitos saludables; para alcanzar y mantener el bienestar personal y social.

Durante el aprendizaje realizado en las sesiones, y sustentados por el poder plástico del sistema en servicio, los nuevos patrones de movimientos experimentados permiten que no se reciba los impulsos aferentes habituales, y que el impulso eferente puede reorganizarse en una funcionalidad más eficiente. Traduciéndose en patrones de movimientos más fluidos, otorgándole al cuerpo apertura y disponibilidad para un desenvolvimiento positivo de la persona en las actividades de la vida diaria.

Nuestro cuerpo guarda en él, el poder de la autosanación y la resiliencia. La EPA da la posibilidad de ejercer y desarrollar una vida más libre de actos ineficientes, escuchando y descifrando los mensajes con la aptitud de transformarlos. Es así que modificando el tono cambia el estado corporal como también el comportamiento y el estado de consciencia de la persona, desplegando su potencia vital, y la capacidad de moverse con menos esfuerzo, más eficacia y utilizando correctamente la energía en la vida cotidiana.

El cuerpo recupera su fluidez pero no como algo separado sino como un todo. Este abordaje holístico se correlaciona en como el cuerpo no está aislado ni separado del espíritu, emociones, pensamientos y sociabilidad. La unidad del ser se recupera por completo reflejándose en nuestro quehacer, en nuestras ocupaciones, actividades, roles y relaciones con el otro. La EPA guía el proceso y acompaña a transitar este camino de búsqueda constante de la experimentación activa del propio equilibrio. Consideramos que este proceso hacia el estado natural del cuerpo es continuo y adaptable a cada momento de la vida de la persona.

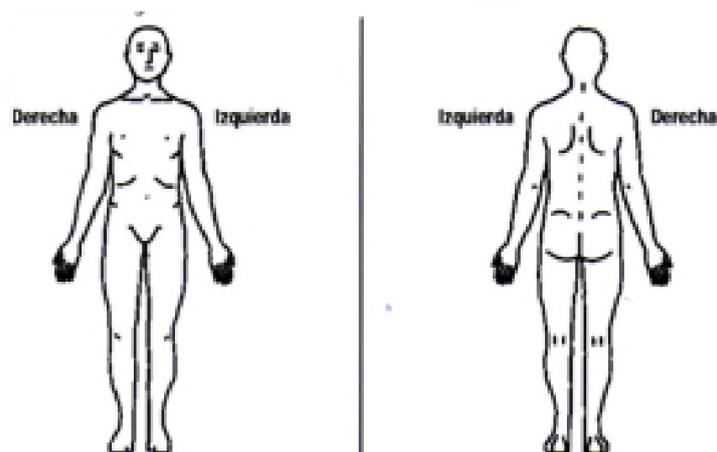
Dejamos el camino abierto a futuras investigaciones para que se continúen explorando y describiendo los principios de la Educación Postural Activa, ya que consideramos que al ser apropiados por las personas son altamente beneficiosos para su salud, entendida a esta de manera holística. Y generan un rico aporte a la visión de la Terapia Ocupacional dentro de la APS, el trabajo y la educación somática.

ANEXO I

Questionario Breve del Dolor

- Nombre:
- Edad:
- Sexo:
- Ocupación:
- Lugar:
- Motivo por el cual asiste:
- Tratamientos Previos:

1) Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor, sombreado la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele



2) Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana

(Ningún) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El peor dolor imaginable)

3) Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor la última semana

(Ningún) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El peor dolor imaginable)

4) Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor en la última semana

(Ningún) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El peor dolor imaginable)

5) Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo

(Ningún) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El peor dolor imaginable)

6) ¿Qué tipos de cosas alivian el dolor?

Actividad física

Medicamentos

Reposo

Otras _____

7) ¿Qué tipo de cosas empeoran el dolor?

Levantar peso

Actividad física

Mantener posturas de forma prolongada

Otras _____

8) ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

9) En la última semana ¿Hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido

(Ningún) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%(Alivio Total)

10) Si toma medicación ¿Cuánto tarda en volver a sentir dolor?

La medicación para el dolor no me ayuda en nada

1 hora

2 horas

3 horas

4 horas

De 5 a 12 horas

Más de 12 horas

NO tomo medicación para el dolor

11) Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.

Creo que mi dolor es debido a:

Los efectos de mi tratamiento (e). Medicación, operación, radiación, prótesis)

Mi enfermedad principal (La enfermedad que actualmente se está tratando o evaluando)

Una situación relacionada con mi enfermedad principal (Ej. artrosis)

Otras _____

12) Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz "SI" o "NO" si ese adjetivo se aplica a su dolor

SI NO Difuso (Límites imprecisos)

SI NO Localizado (Límite precisos)

SI NO Urente (Que quema)

SI NO Palpitante (Sensación de latido)

SI NO Sordo (Baja intensidad, molesto y prolongado)

SI NO Irradiante (Se extiende a otras áreas)

SI NO Punzante (Como una lanza)

SI NO Constrictivo (Que aprieta y oprime)

SI NO Gravitativo (Sensación de pesadez)

SI NO Taladrante (Sensación de empujamiento constante)

SI NO Fatigoso (Cansador para el día a día)

SI NO Agudo (De aparición repentina)

13) Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de su vida durante la última semana

A- Actividad en general

(No me ha afectado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me ha afectado por completo)

B- Estado de ánimo

(No me ha afectado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me ha afectado por completo)

C- Capacidad de caminar

(No me ha afectado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me ha afectado por completo)

D- Trabajo habitual (incluye trabajo desde casa y tareas domésticas)

(No me ha afectado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me ha afectado por completo)

E- Relaciones con otras personas

(No me ha afectado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me ha afectado por completo)

F- Sueño

(No me ha afectado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me ha afectado por completo)

G- Disfrutar de la vida

(No me ha afectado) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me ha afectado por completo)

14) ¿Desea Ud. agregar algo más a los datos relevados anteriormente?

¡Muchas gracias!

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO:

“Un proceso hacia el estado natural del cuerpo”.

INVESTIGADORAS: Pérez, S.M.
Signas, A. M.

Estudiante avanzada de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P.
Estudiante avanzada de Lic. en Terapia Ocupacional U.N.M.D.P.

OBJETO:

Determinar en qué medida influye la Educación Postural Activa (EPA) en la percepción del dolor.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas sobre mi percepción del dolor.
2. Me someterán a una exploración de preguntas sobre mi dolor, mi calidad de vida e ingesta de medicación. Esto representará 15 minutos aproximadamente.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rechazar o abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:.....

FECHA:.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR:.....

ANEXO III

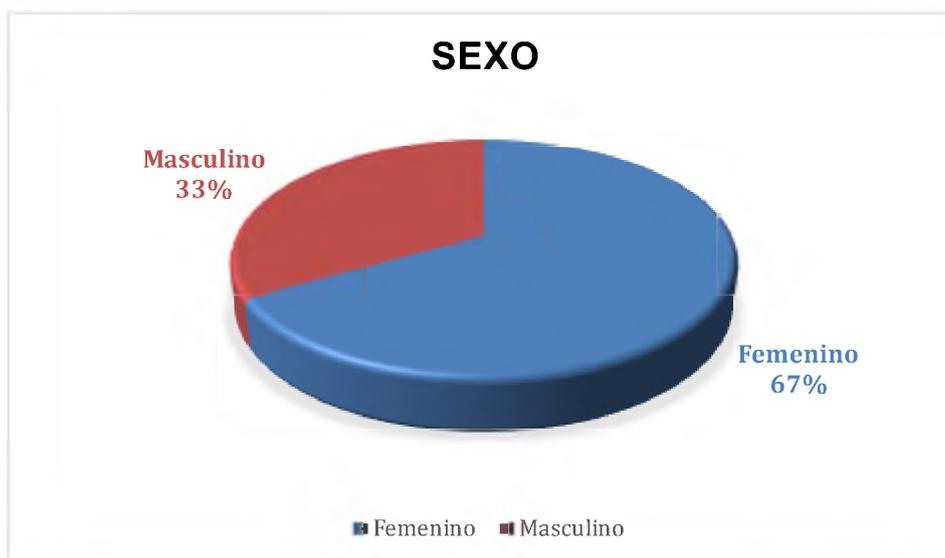


GRÁFICO N° 1: Sexo de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

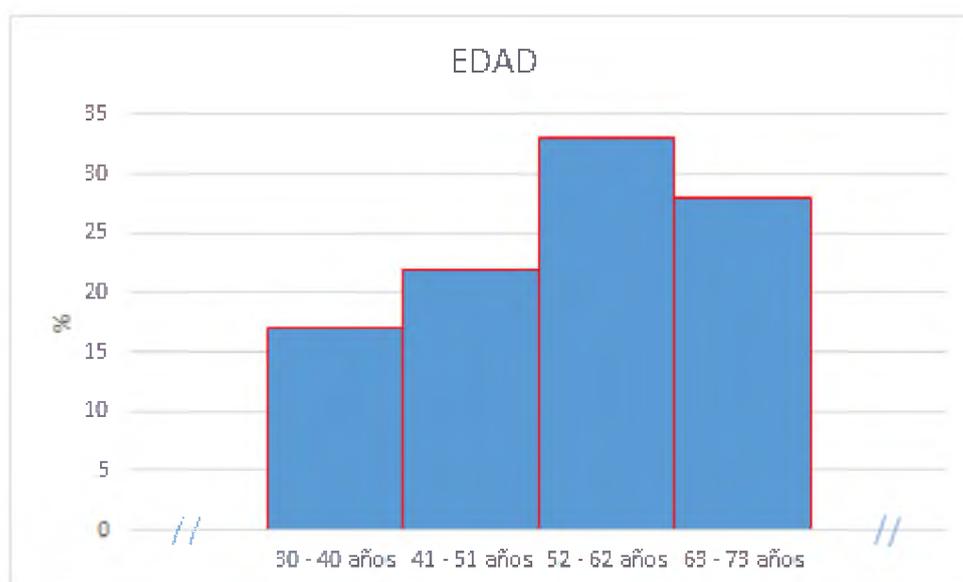


GRÁFICO N° 2: Edad de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 3: Ocupación de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 4: Motivos por los cuales asisten al ciclo de EPA las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 5: Realización de tratamientos previos de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

- Pre Prueba

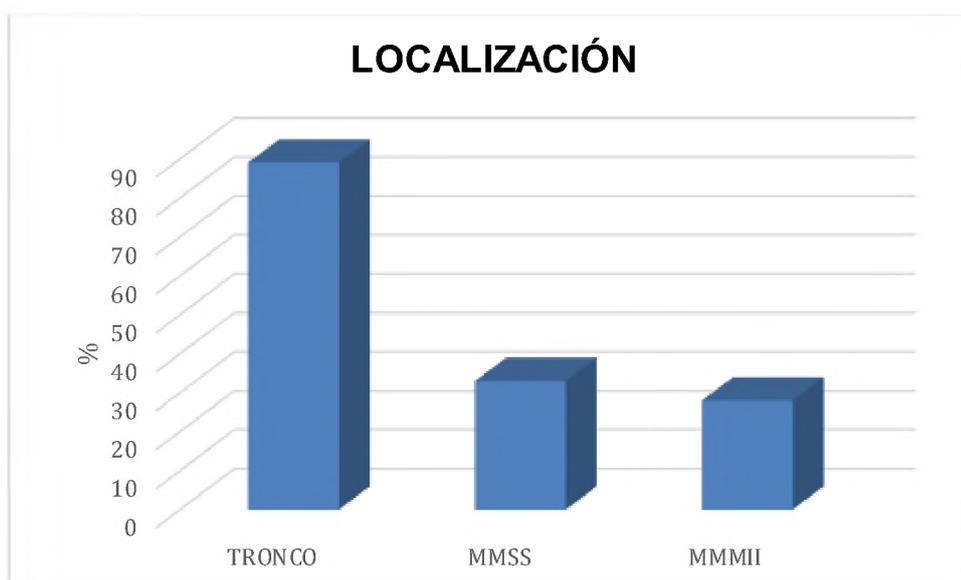


GRÁFICO N° 6: Localización del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

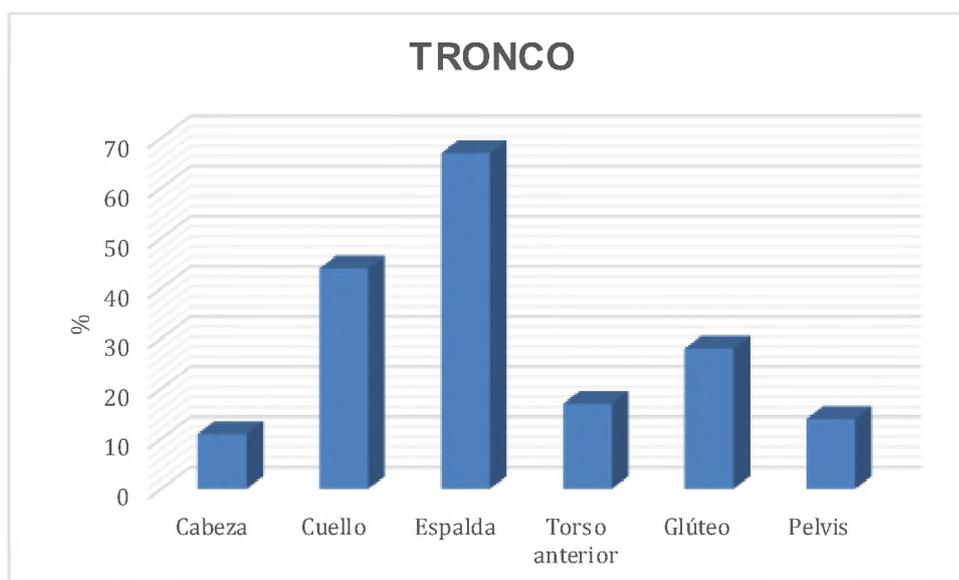


GRÁFICO N° 7: Localización del dolor en el tronco de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

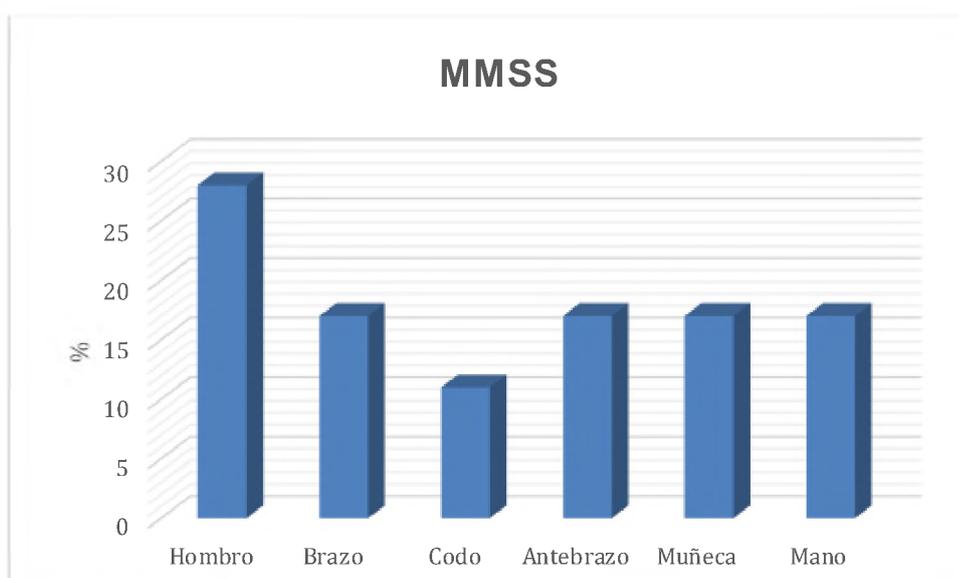


GRÁFICO N° 8: Localización del dolor en los MMSS de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

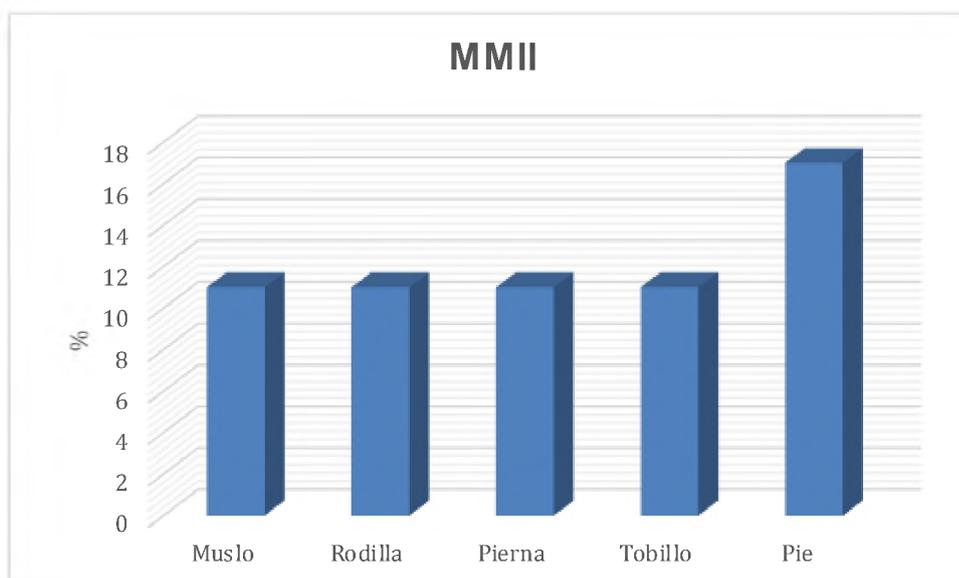


GRÁFICO N° 9: Localización del dolor en los MMII de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

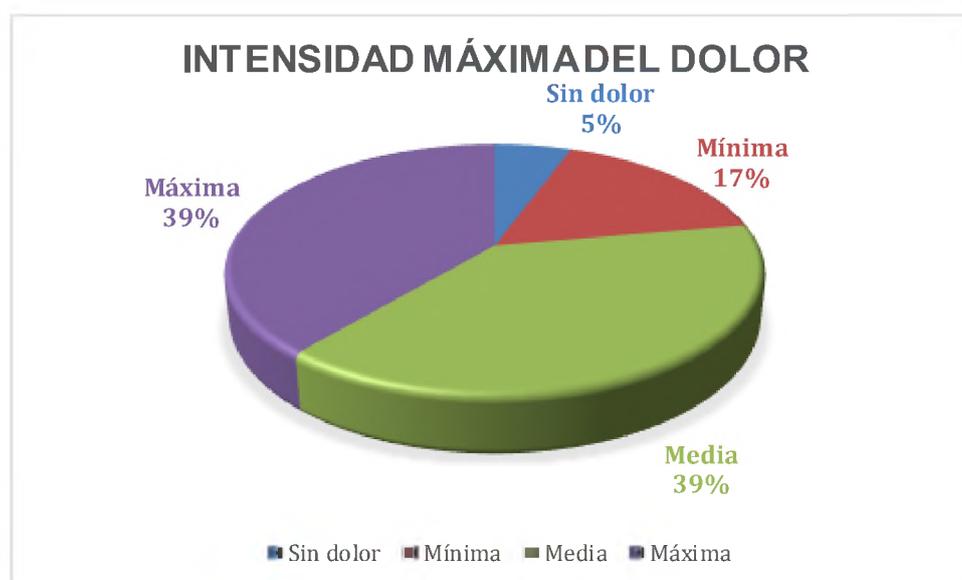


GRÁFICO N° 10: Intensidad máxima de dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 11: Intensidad mínima de dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

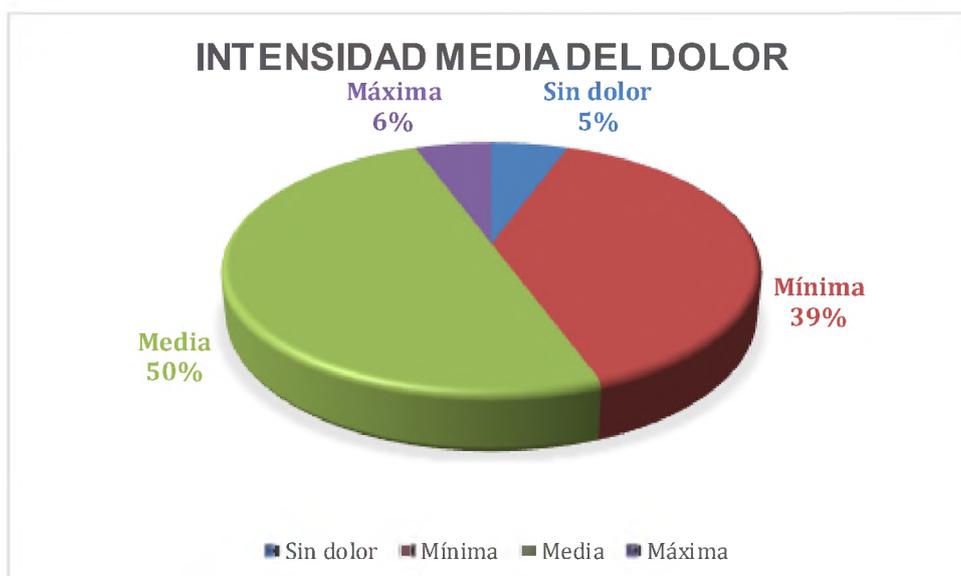


GRÁFICO N° 12: Intensidad media de dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

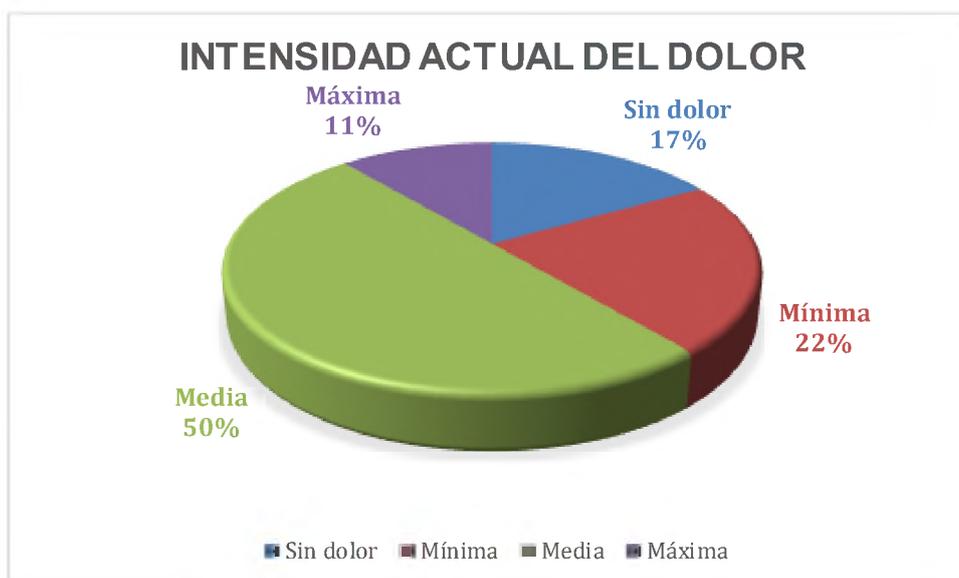


GRÁFICO N° 13: Intensidad actual del dolor al momento de realizar la prueba, de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

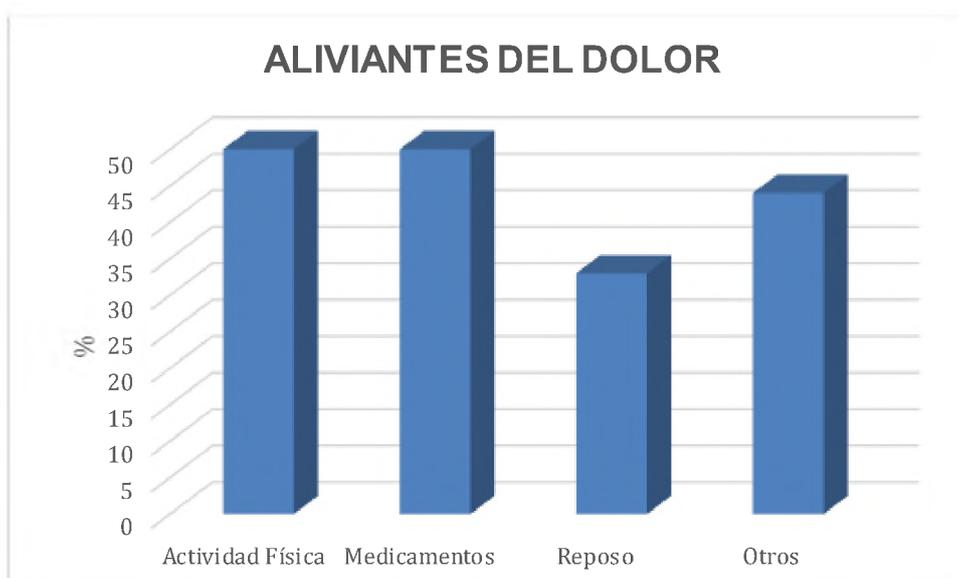


GRÁFICO N° 14: Aliviantes del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

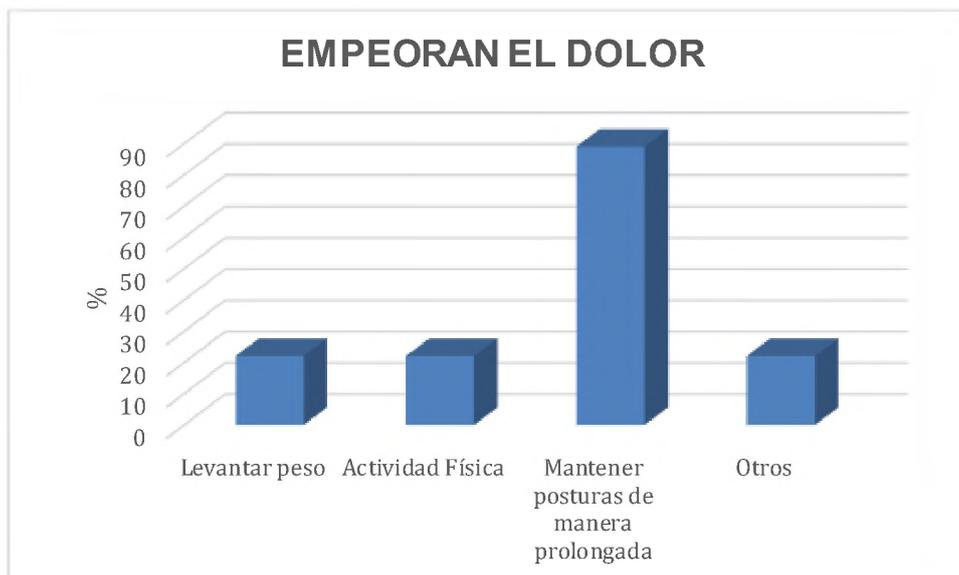


GRÁFICO N° 15: Situaciones que empeoran del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 16: Motivos que originan el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

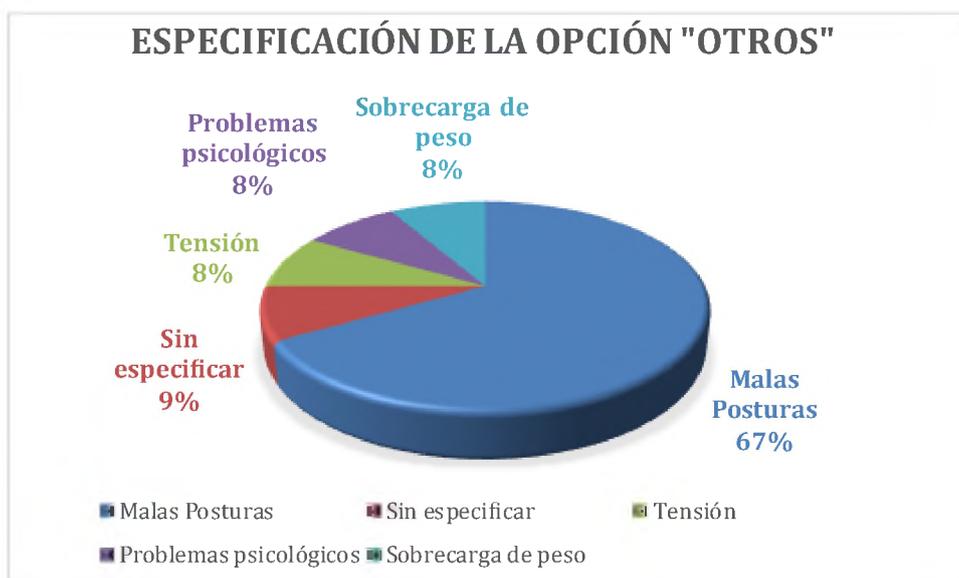


GRÁFICO N° 17: Especificación de la opción “otros” en relación a motivos del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

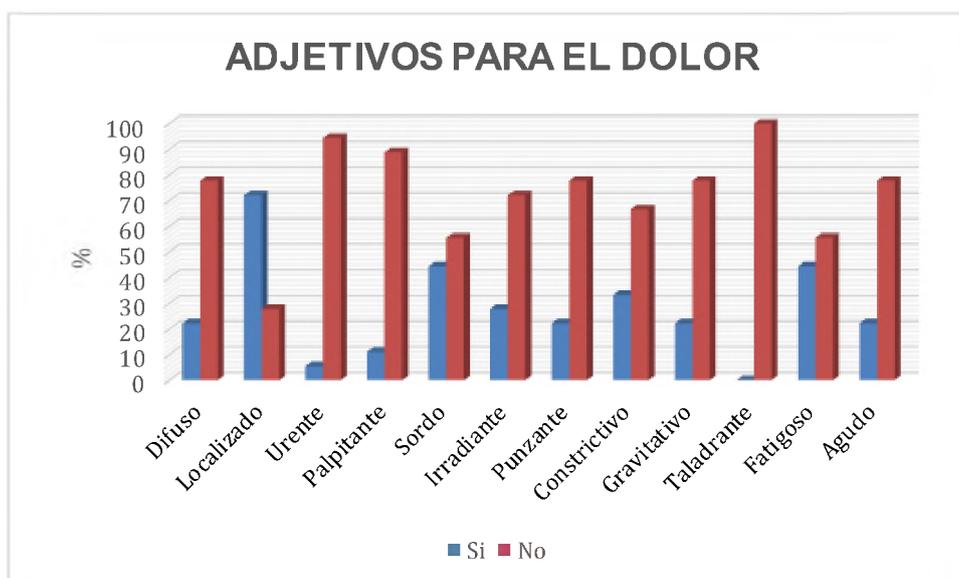


GRÁFICO N° 18: Adjetivos que le aplican al dolor las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 19: Recursos que utilizan para disminuir el dolor las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 20: Grado de alivio que ha sentido gracias a la medicación o tratamiento recibido para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

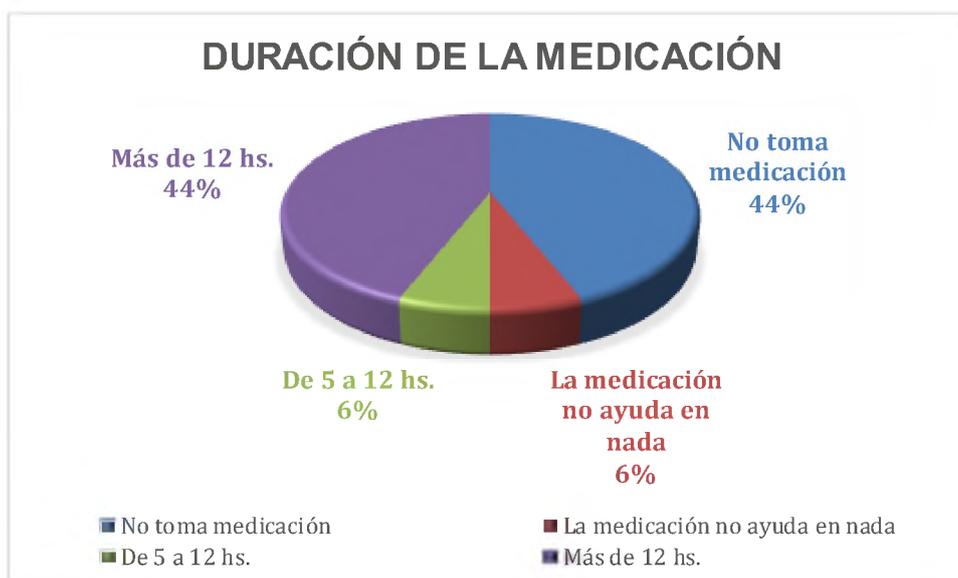


GRÁFICO N° 21: Duración del efecto de toma de la medicación para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

Afectación de los siguientes aspectos de la vida, debido al dolor, durante la última semana:



GRÁFICO N° 22: Nivel de afectación de la actividad general de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 23: Nivel de afectación de la capacidad de caminar de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 24: Nivel de afectación del trabajo habitual de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 25: Nivel de afectación de las relaciones interpersonales de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 26: Nivel de afectación del estado de ánimo de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 27: Nivel de afectación del sueño de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

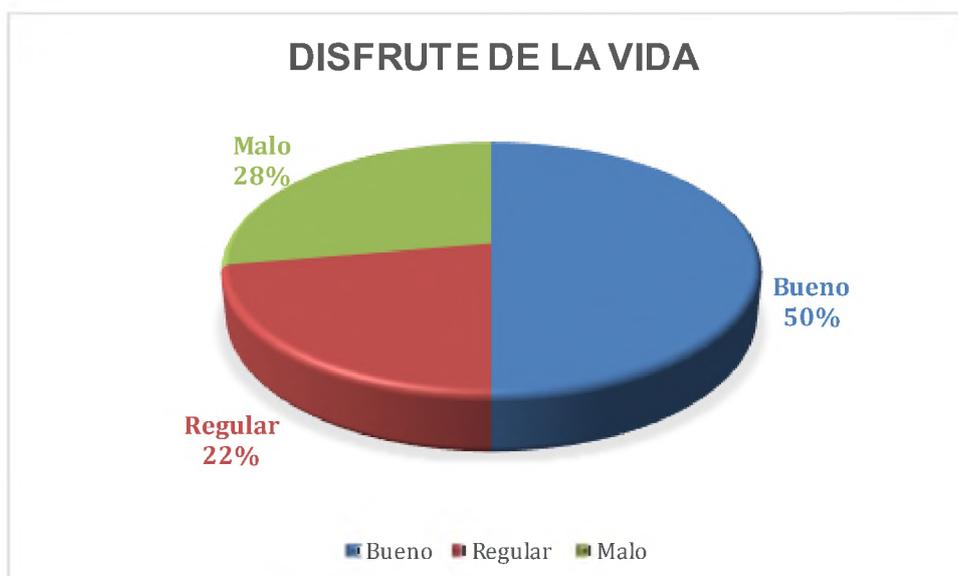


GRÁFICO N° 28: Nivel de afectación de la capacidad de disfrute de la vida de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

- Post Prueba

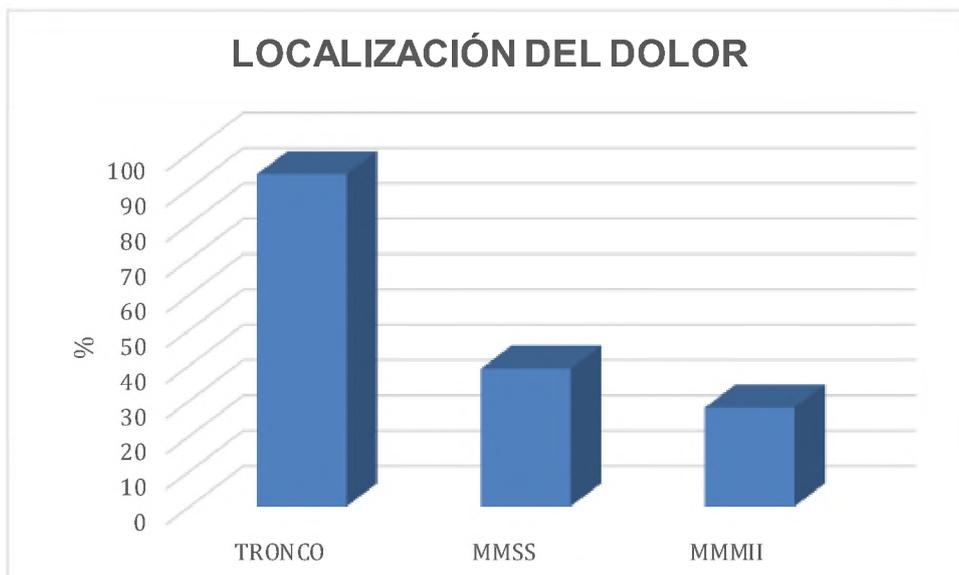


GRÁFICO N° 29: Localización del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

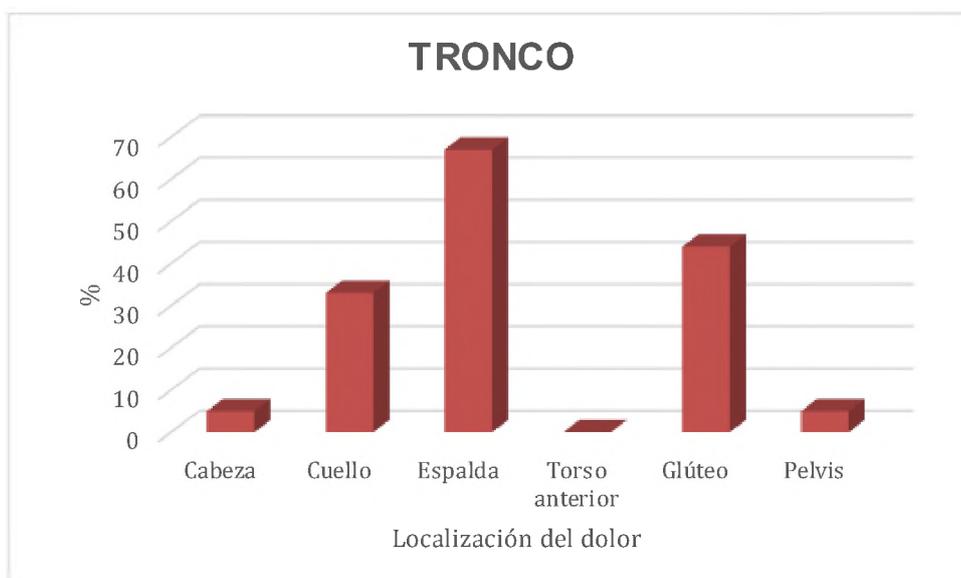


GRÁFICO N° 30: Localización del dolor en el tronco de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

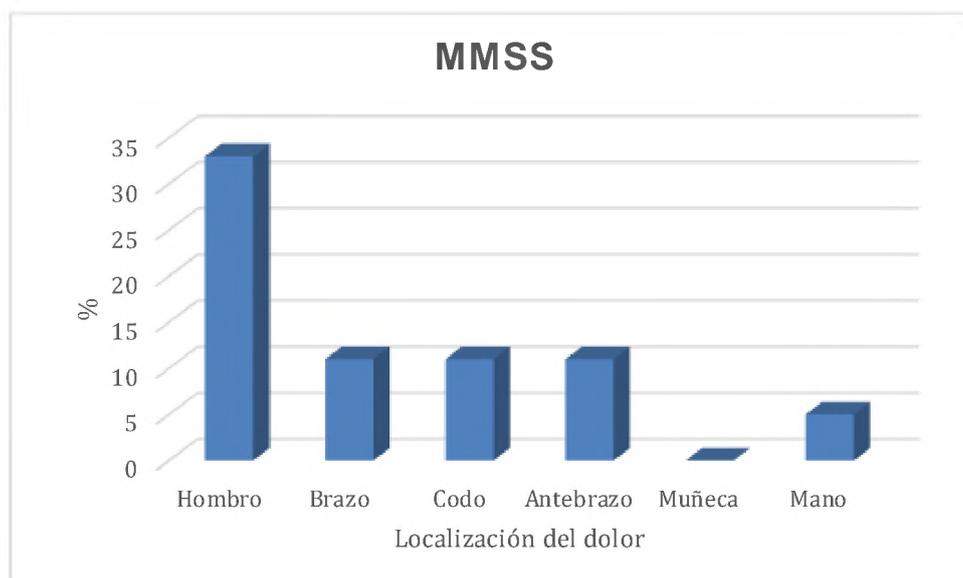


GRÁFICO N° 31: Localización del dolor en los MMSS de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

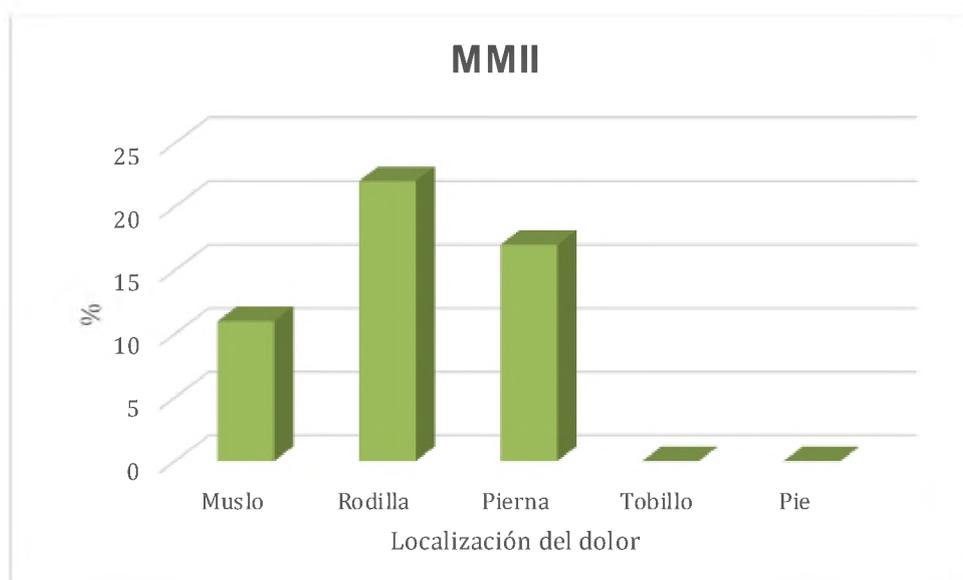


GRÁFICO N° 32: Localización del dolor en los MMII de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

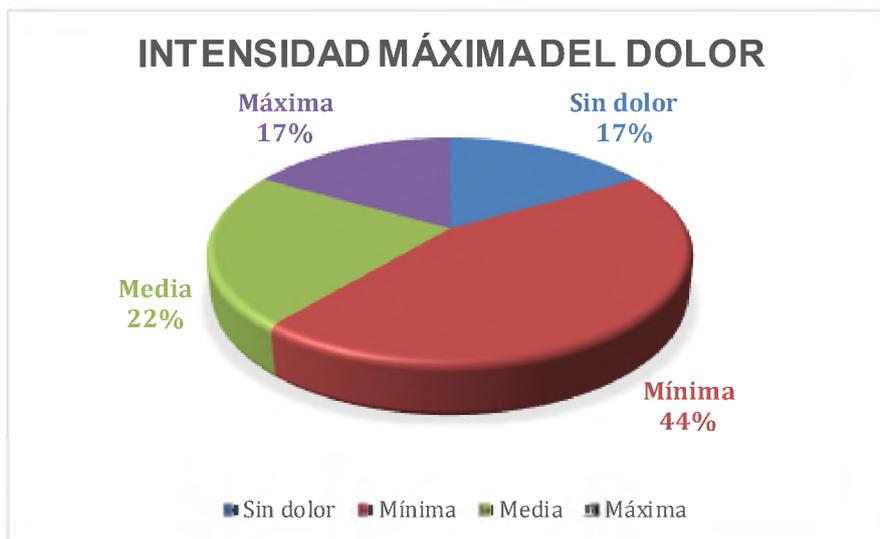


GRÁFICO N° 33: Intensidad máxima de dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

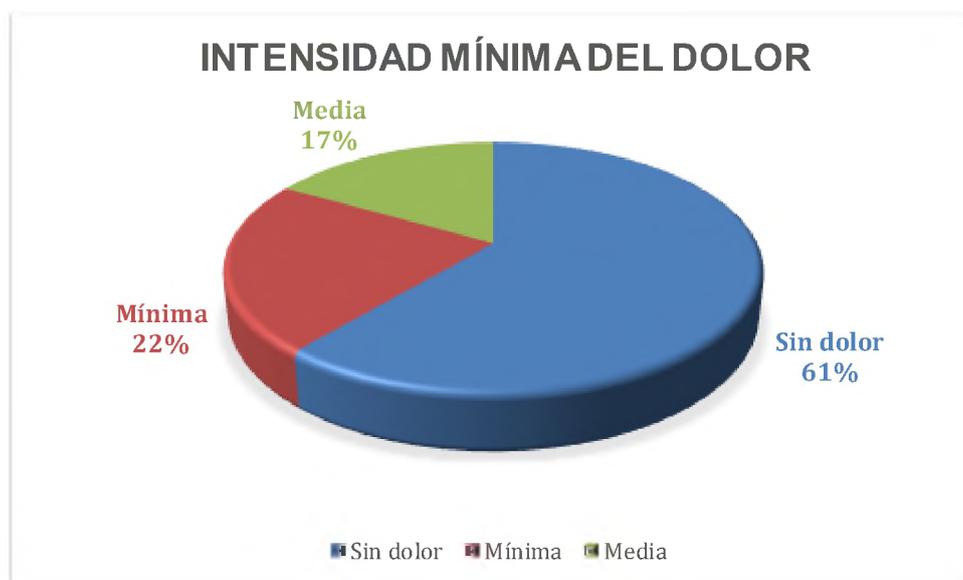


GRÁFICO N° 34: Intensidad mínima de dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

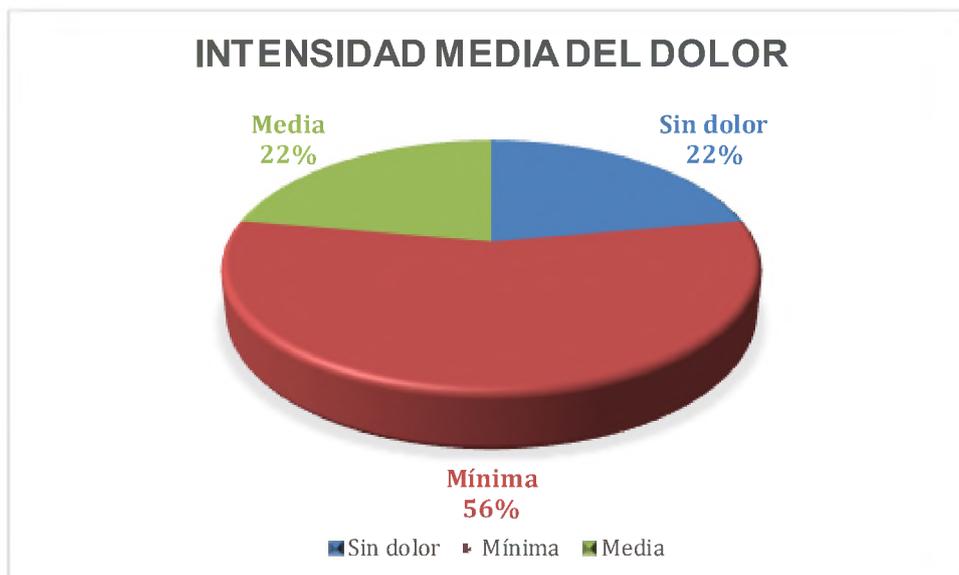


GRÁFICO N° 35: Intensidad media de dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

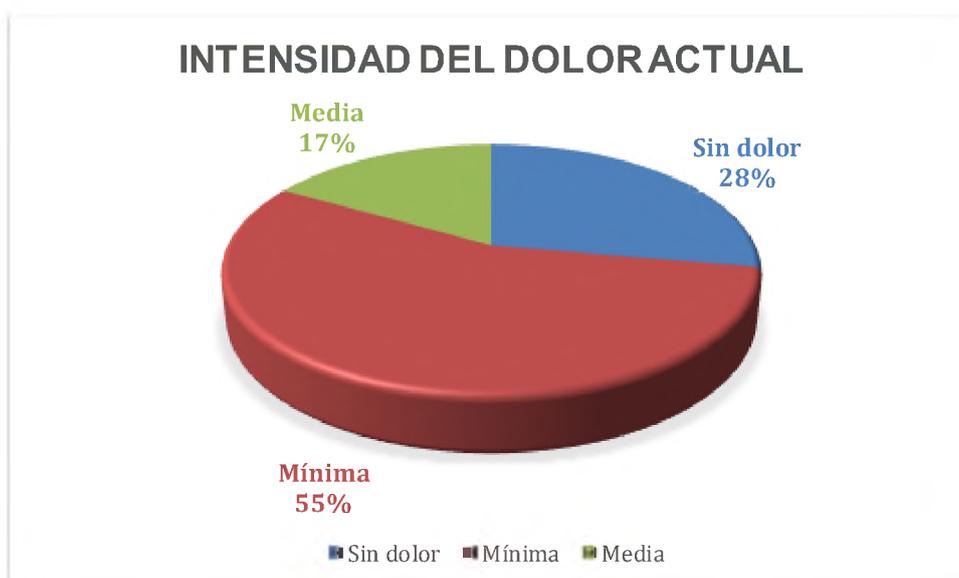


GRÁFICO N° 36: Intensidad actual de dolor al momento de realizar a post prueba de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

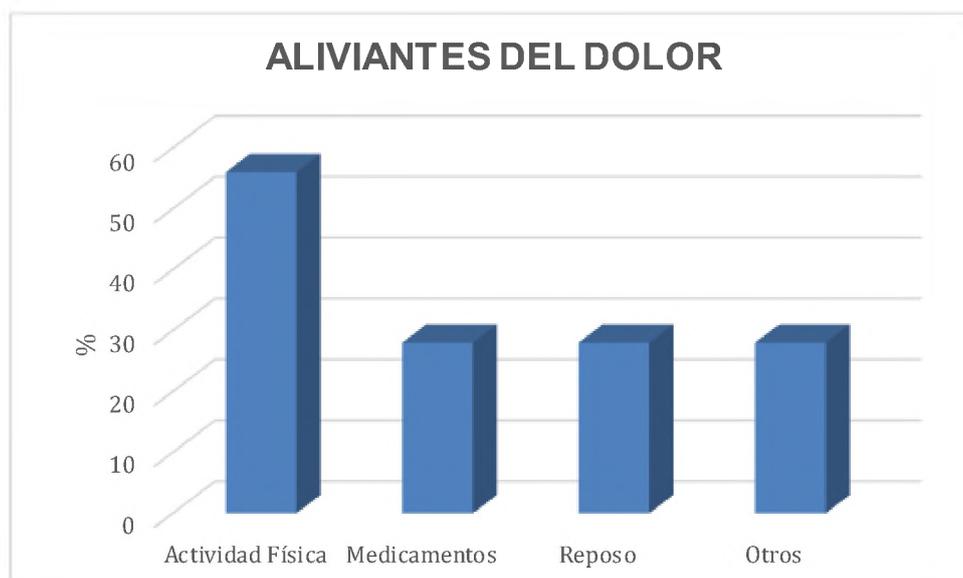


GRÁFICO N° 37: Aliviantes del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

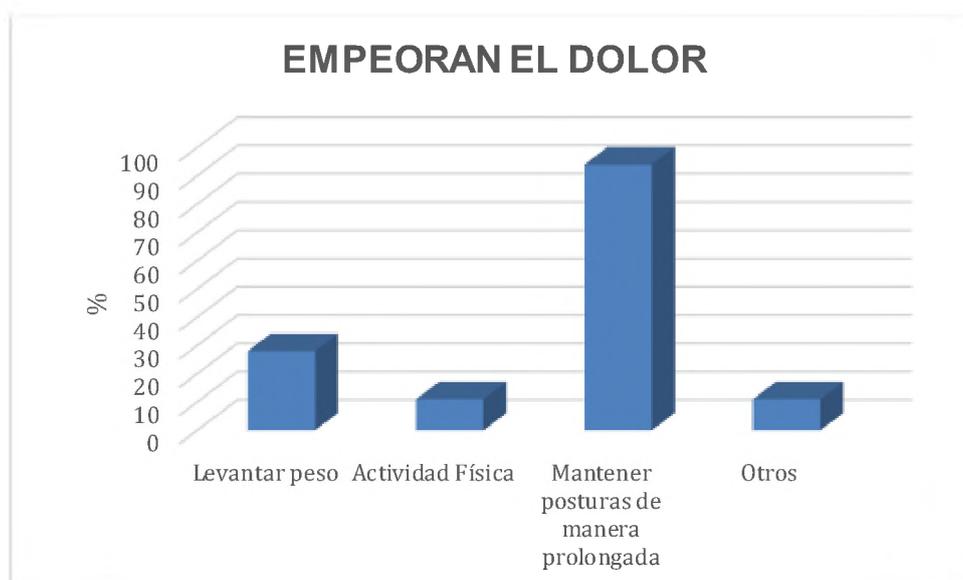


GRÁFICO N° 38: Situaciones que empeoran el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

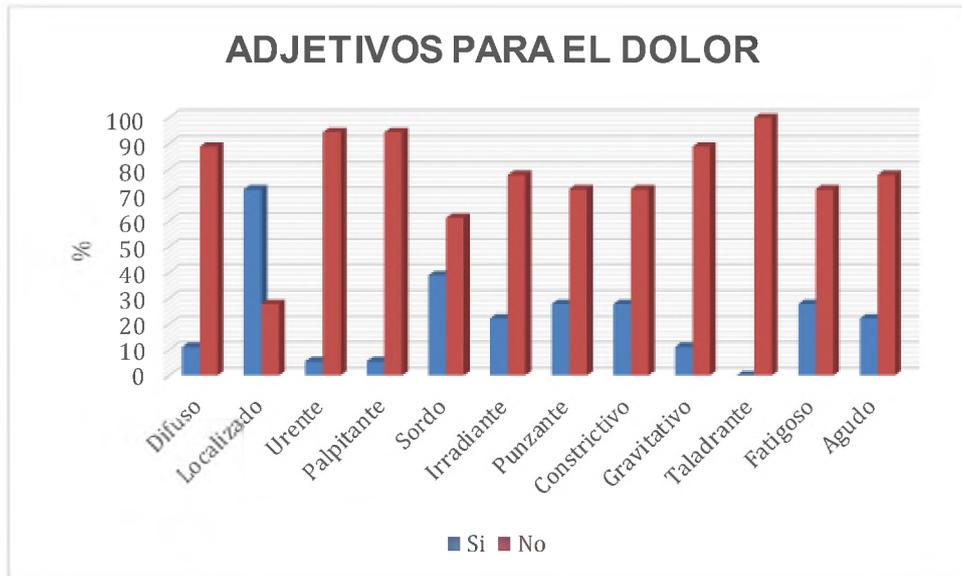


GRÁFICO N° 39: Adjetivos que se aplican al dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 40: Motivos que originan el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

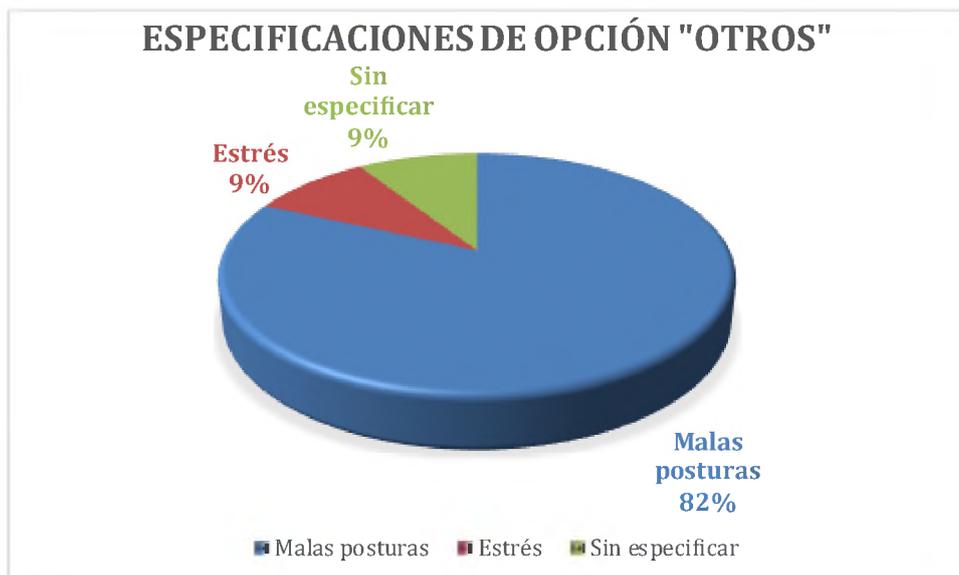


GRÁFICO N° 41: Especificación de la opción “otros” en relación a motivos del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 42: Recursos que utilizan para disminuir el dolor las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 43: Grado de alivio que ha sentido gracias a la medicación o del tratamiento recibido para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

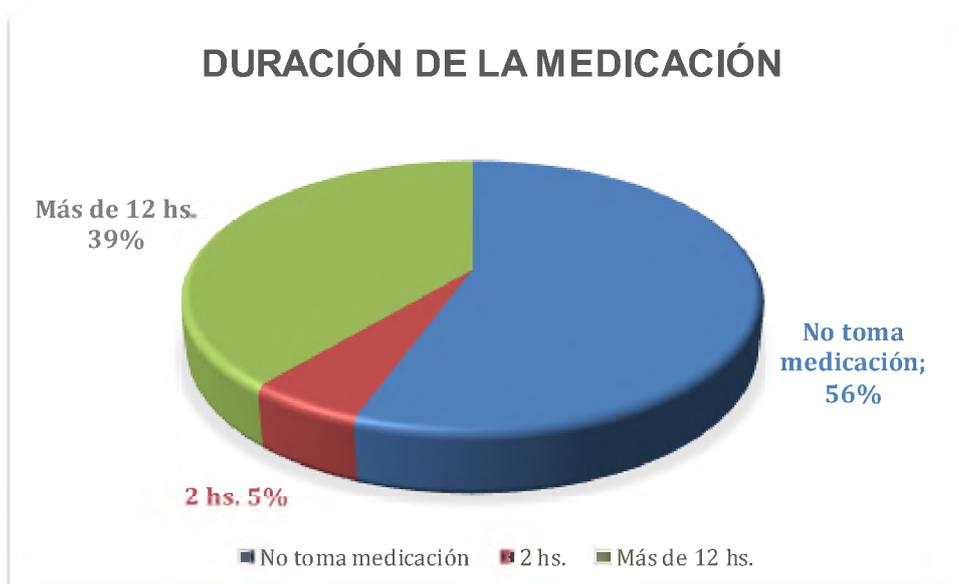


GRÁFICO N° 44: Duración de la toma de medicación para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

Afectación de los siguientes aspectos de la vida, debido al dolor, durante la última semana:



GRÁFICO N° 45: Nivel de afectación de la actividad general de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 46: Nivel de afectación del estado de ánimo de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 47: Nivel de afectación de la capacidad de caminar de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

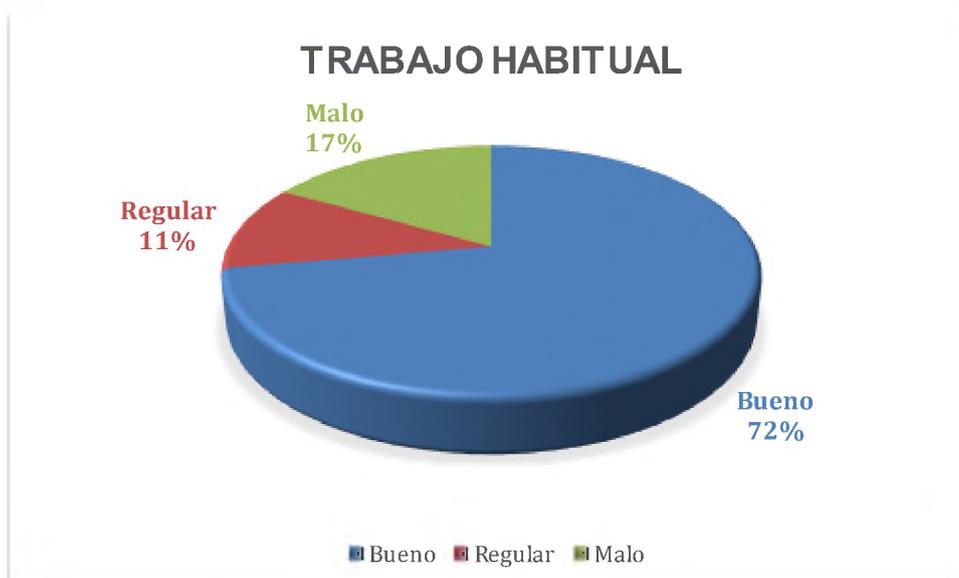


GRÁFICO N° 48: Nivel de afectación del trabajo habitual de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.



GRÁFICO N° 49: Nivel de afectación de las relaciones interpersonales de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

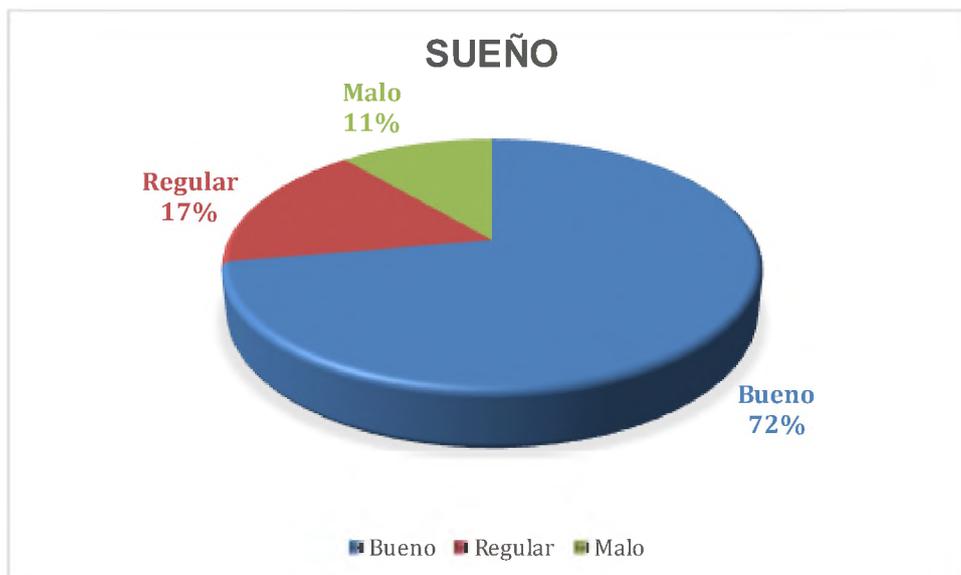


GRÁFICO N° 50: Nivel de afectación del sueño de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

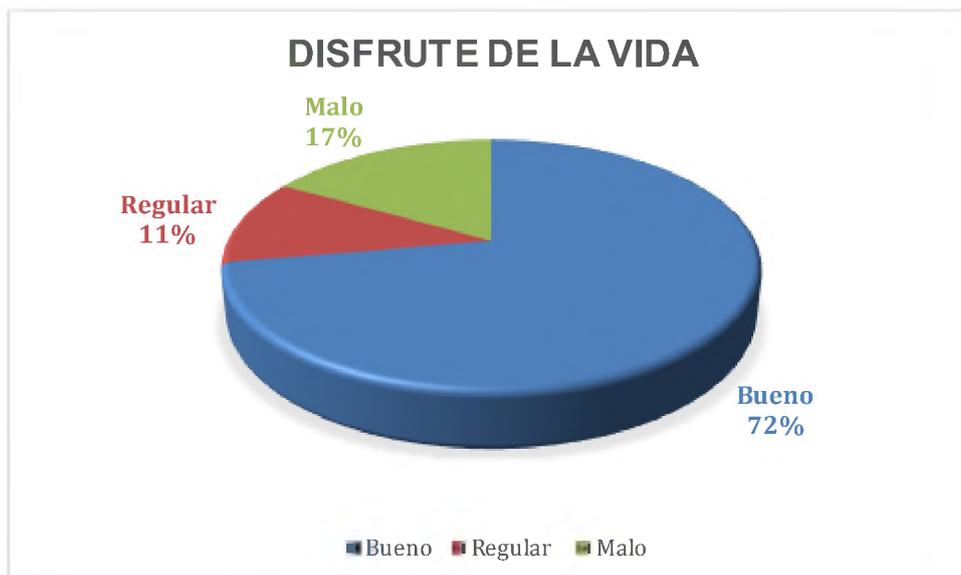


GRÁFICO N° 51: Nivel de afectación de la capacidad de disfrute de la vida de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

Resultados comparativos de pre y post intervención de EPA

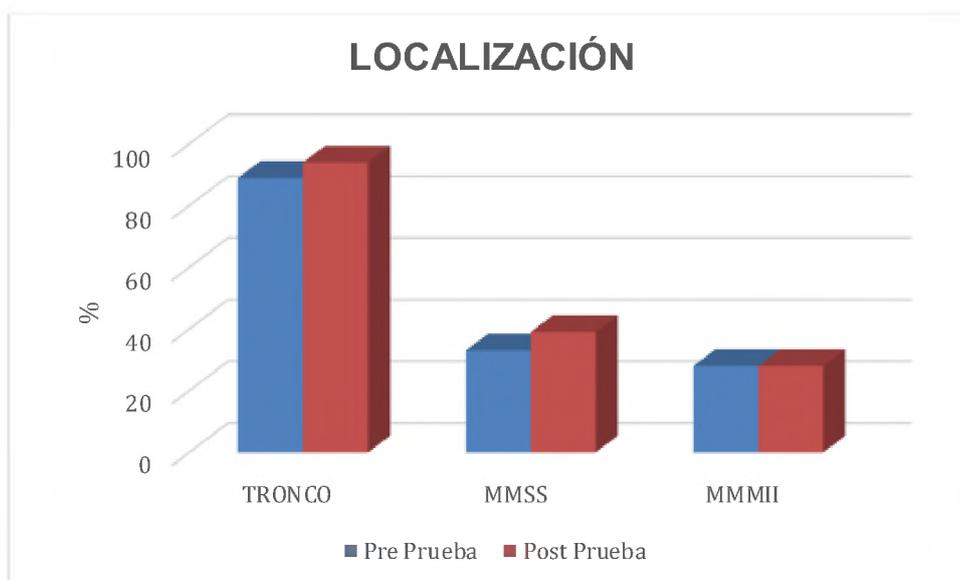


GRÁFICO N° 52: Localización del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

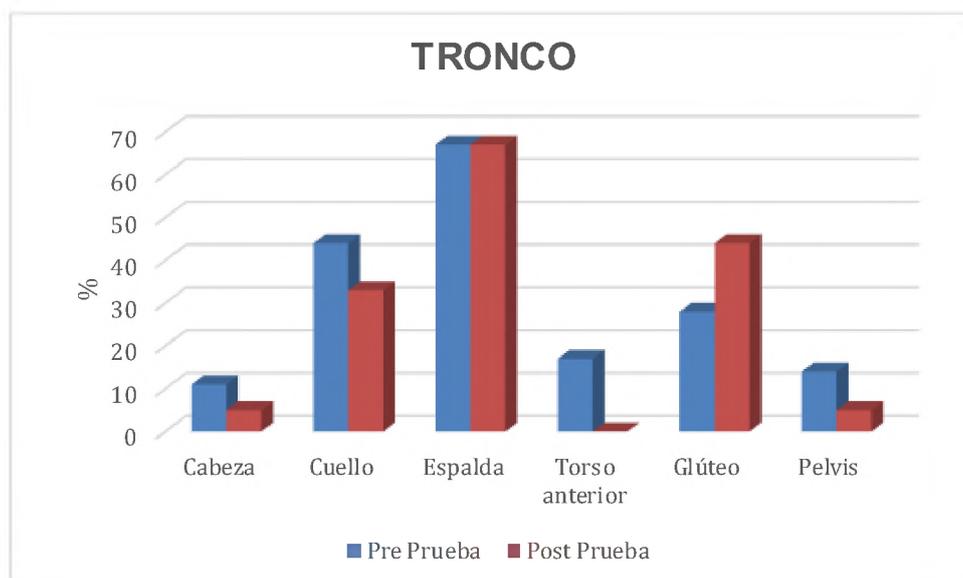


GRÁFICO N° 53: Localización del dolor en el tronco de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

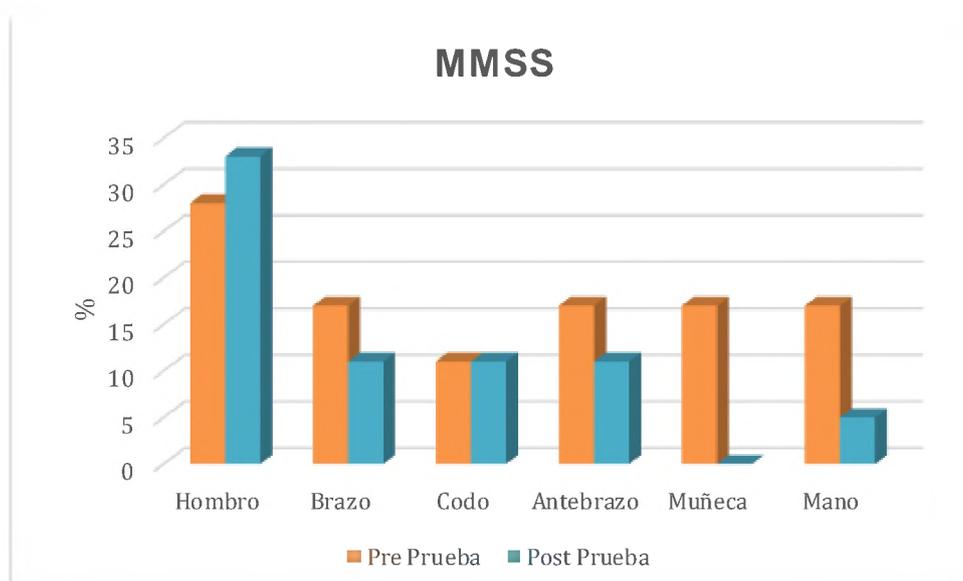


GRÁFICO N° 54: Localización del dolor en los MMSS de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

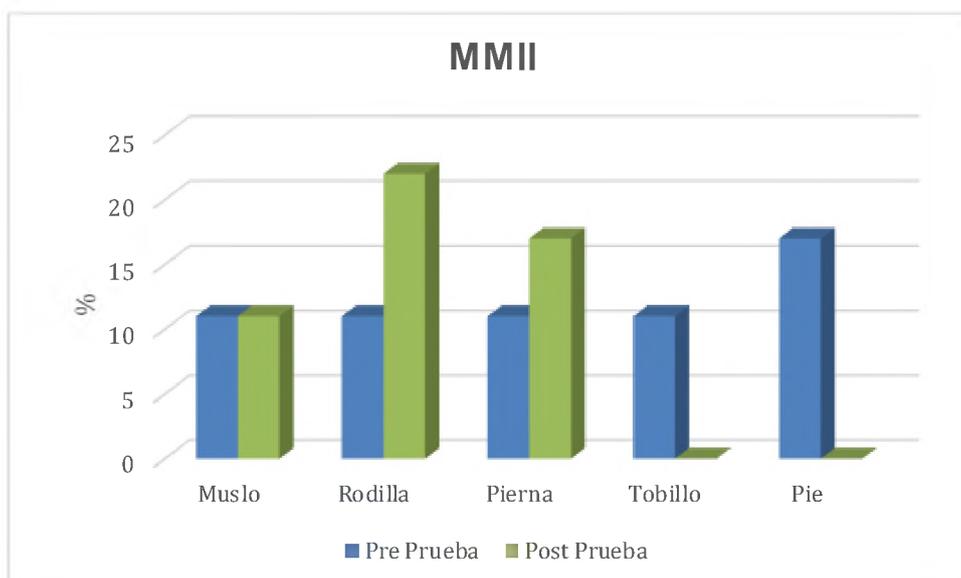


GRÁFICO N° 55: Localización del dolor en los MMII de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

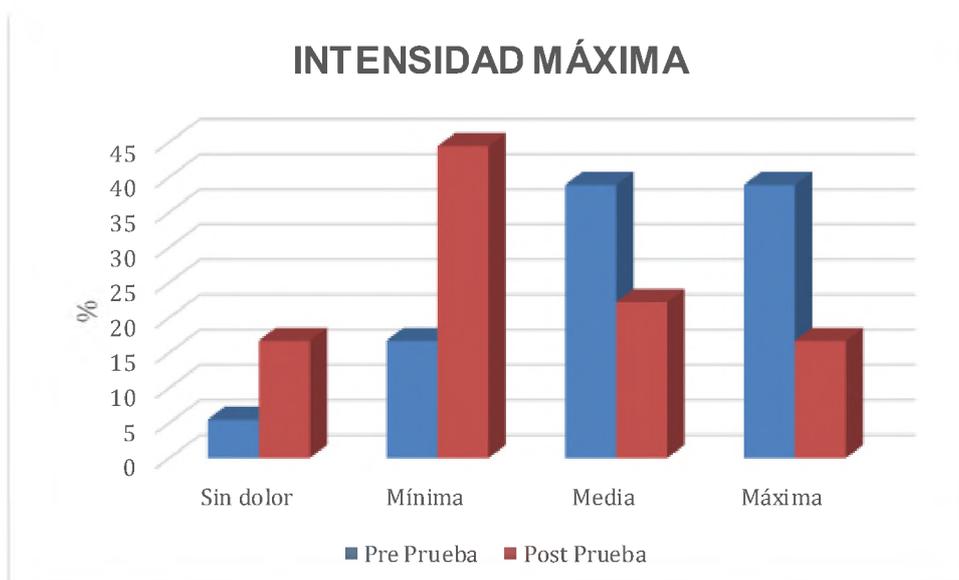


GRÁFICO N° 56: Intensidad máxima del dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

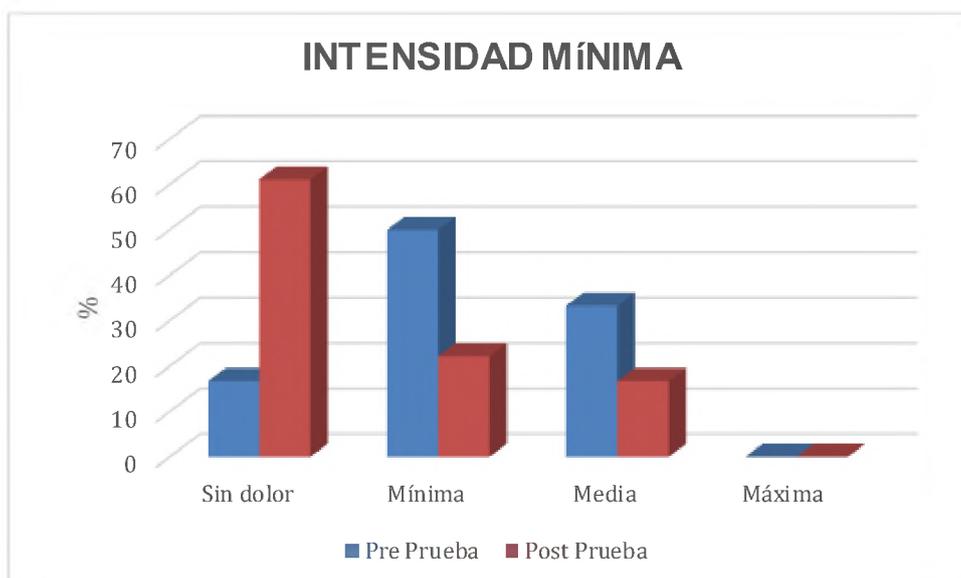


GRÁFICO N° 57: Intensidad mínima del dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

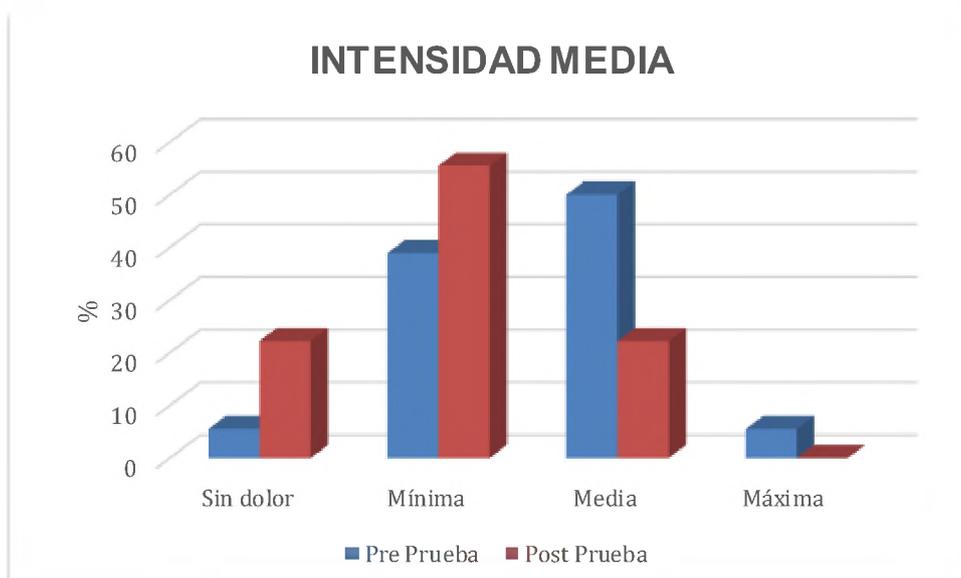


GRÁFICO N° 58: Intensidad media del dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

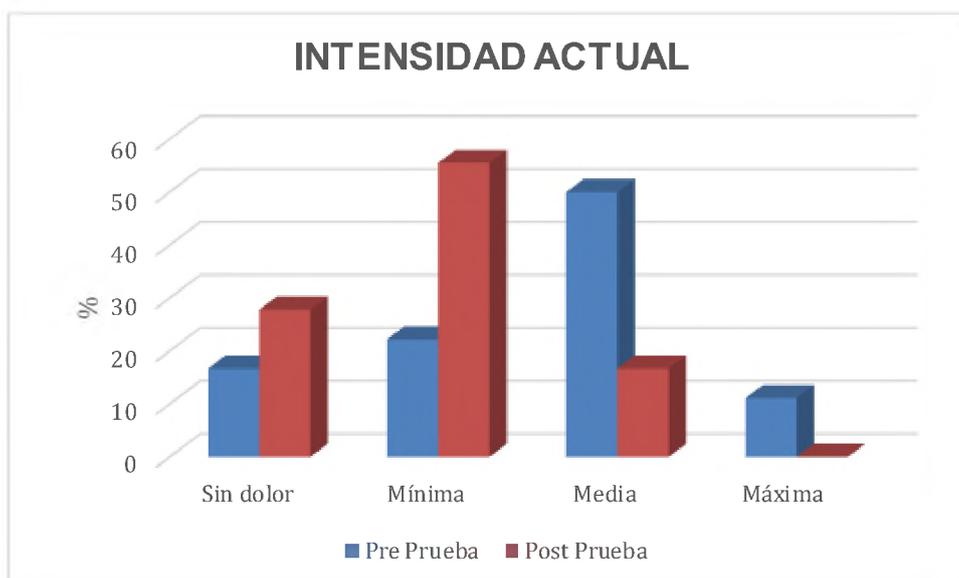


GRÁFICO N° 59: Intensidad actual del dolor en el momento de completar la pre y post prueba, de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

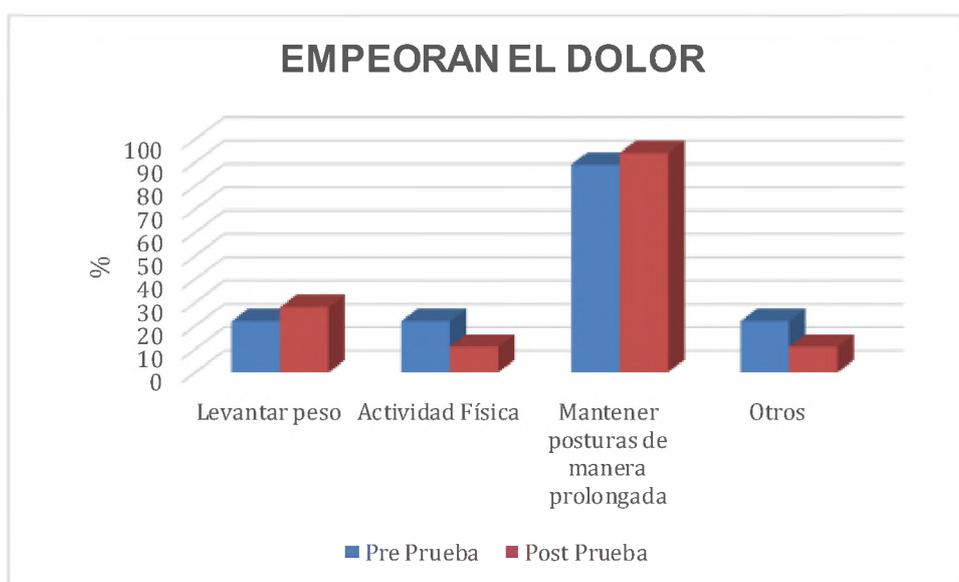


GRÁFICO N° 60: Situaciones que empeoran el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

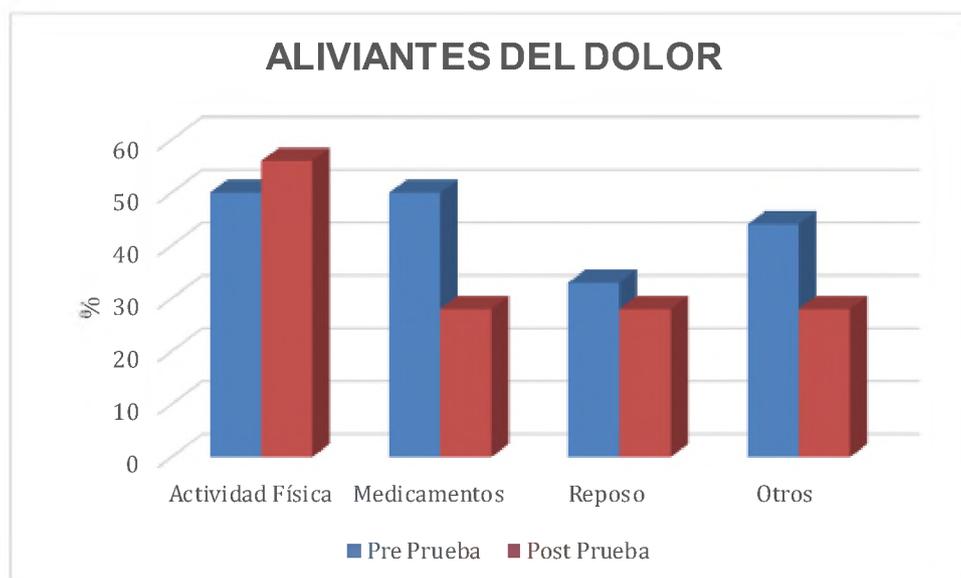


GRÁFICO N° 61: Aliviantes del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

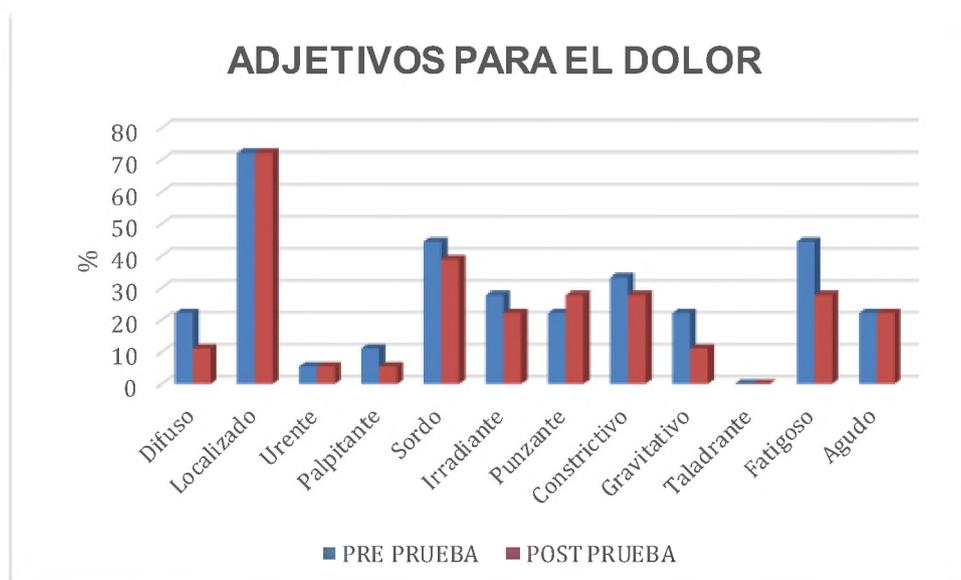


GRÁFICO N° 62: Adjetivos que se aplican al dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

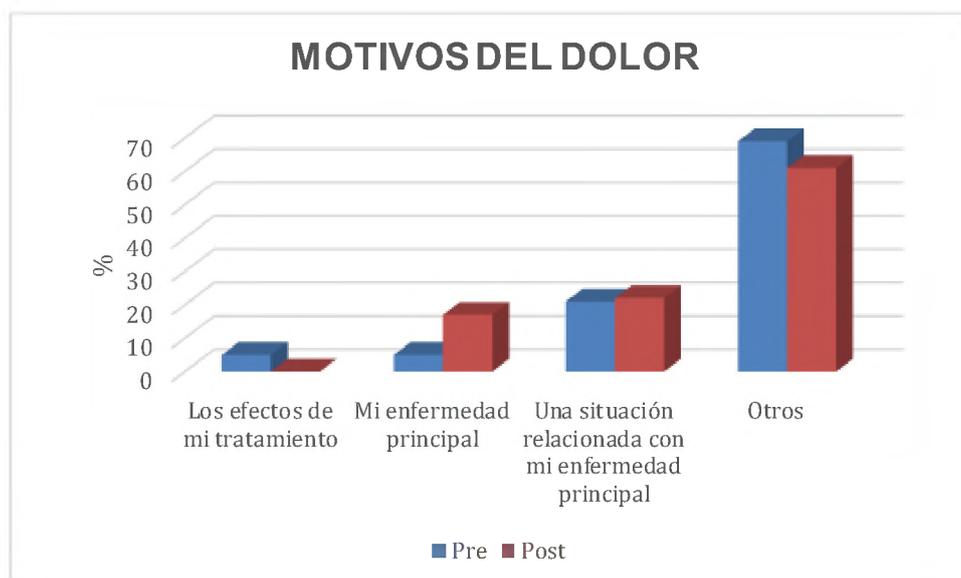


GRÁFICO N° 63: Motivos que originan el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

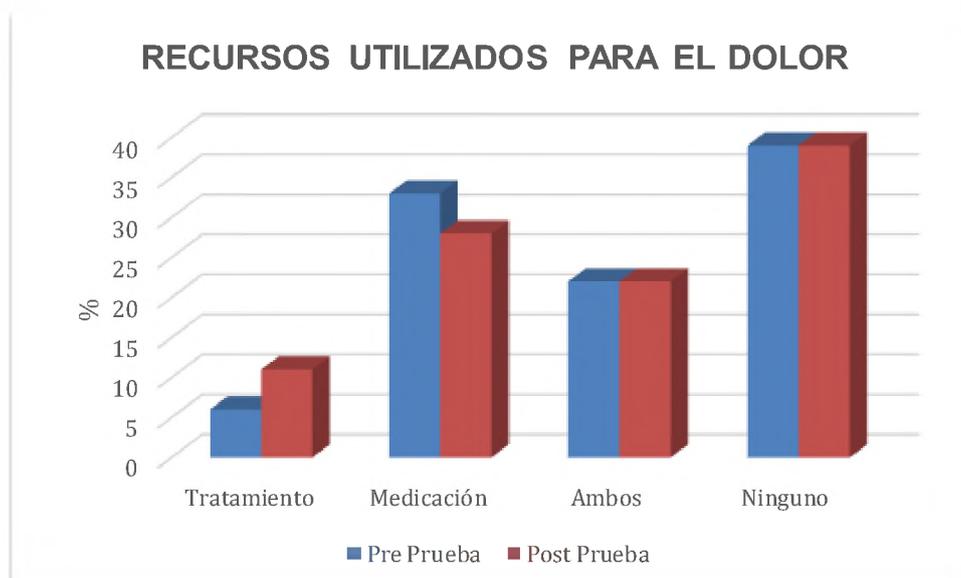


GRÁFICO N° 64: Recursos que utilizan para disminuir el dolor las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

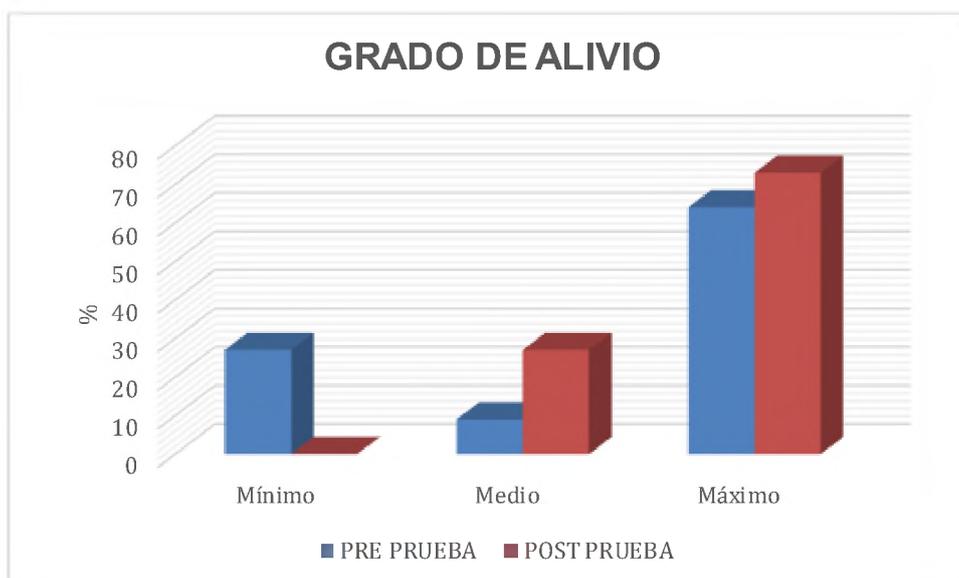


GRÁFICO N° 65: Grado de alivio que ha sentido gracias a la medicación o tratamiento recibido para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

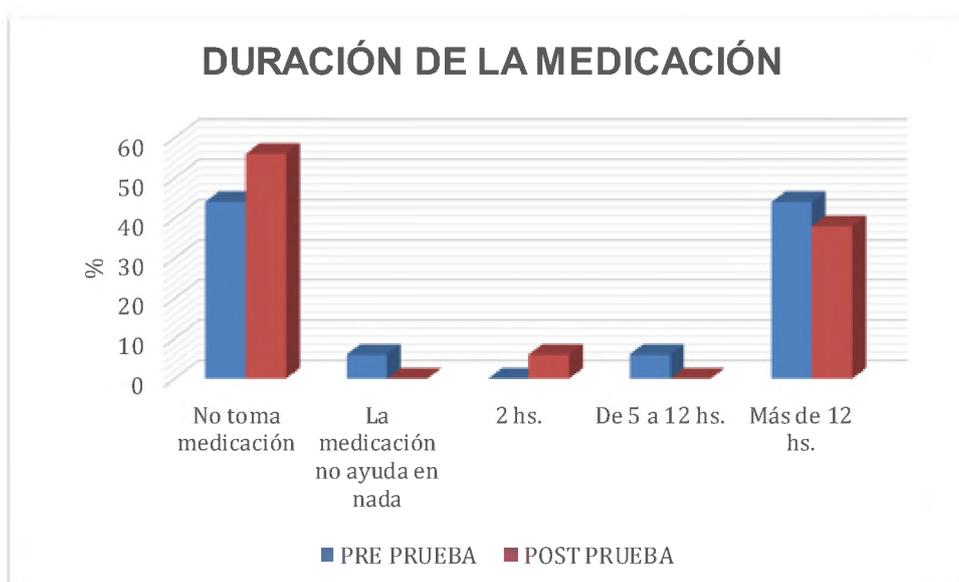


GRÁFICO N° 66: Duración de la medicación para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

Afectación de los siguientes aspectos de la vida, debido al dolor, durante la última semana:

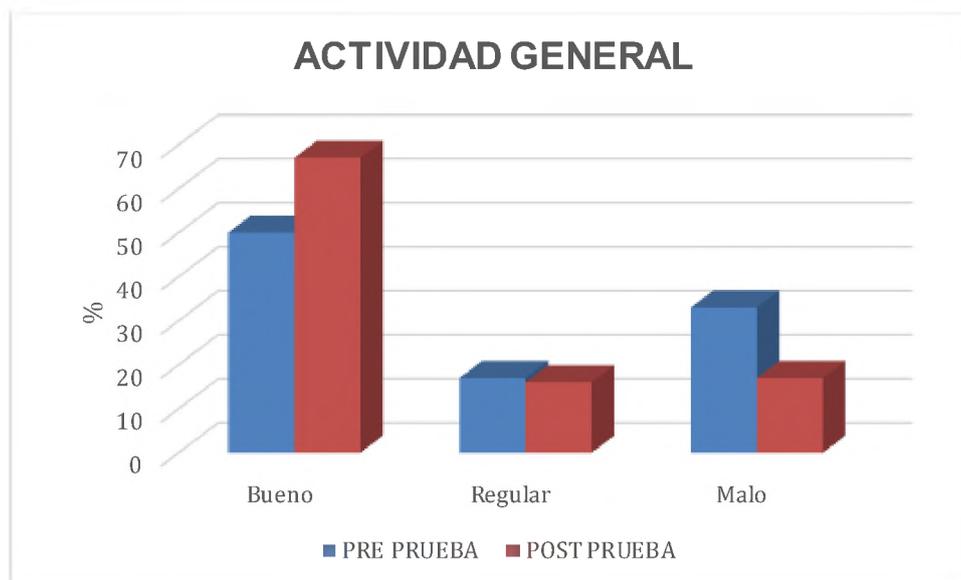


GRÁFICO N° 67: Nivel de afectación de la actividad general de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

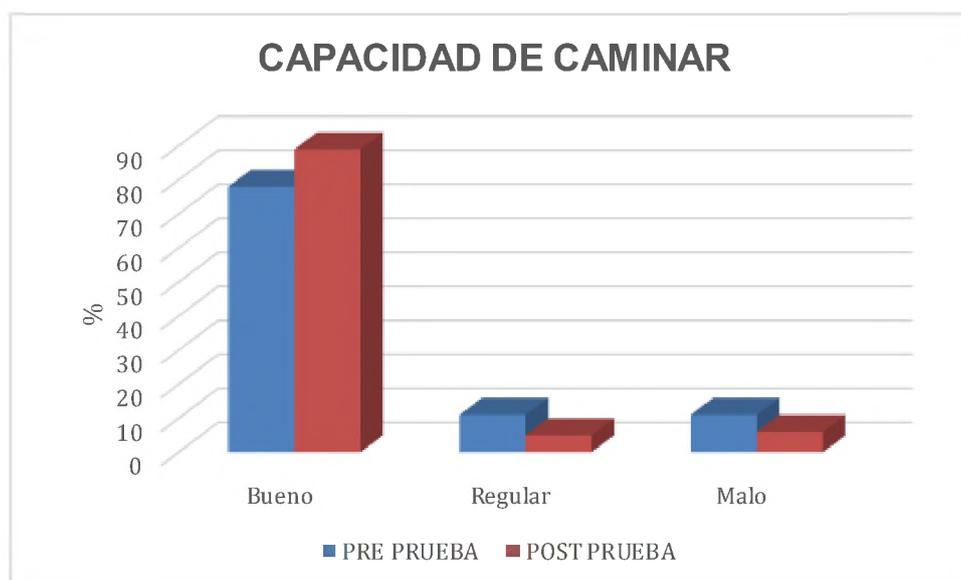


GRÁFICO N° 68: Nivel de afectación de la capacidad de caminar de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

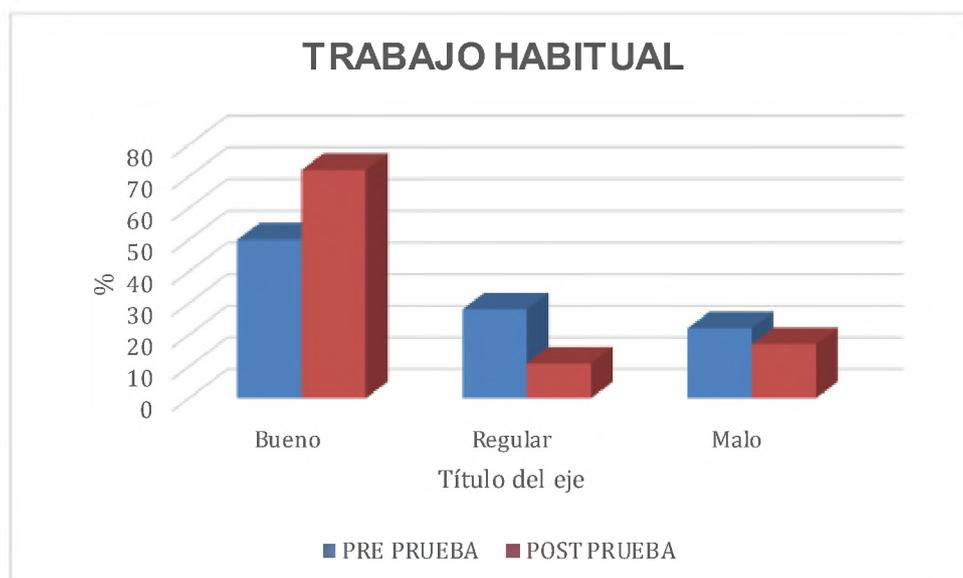


GRÁFICO N° 69: Nivel de afectación del trabajo habitual de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

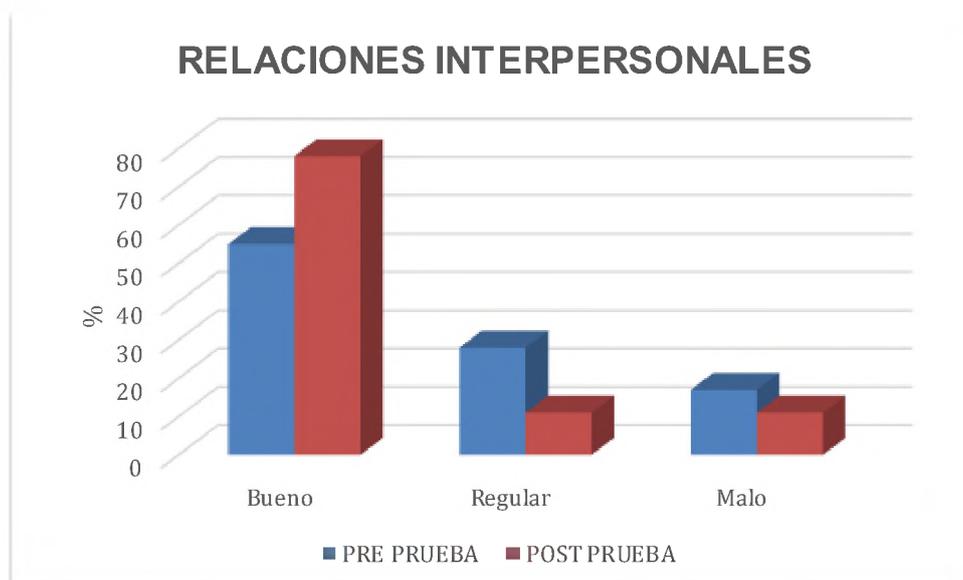


GRÁFICO N° 70: Nivel de afectación de las relaciones interpersonales de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

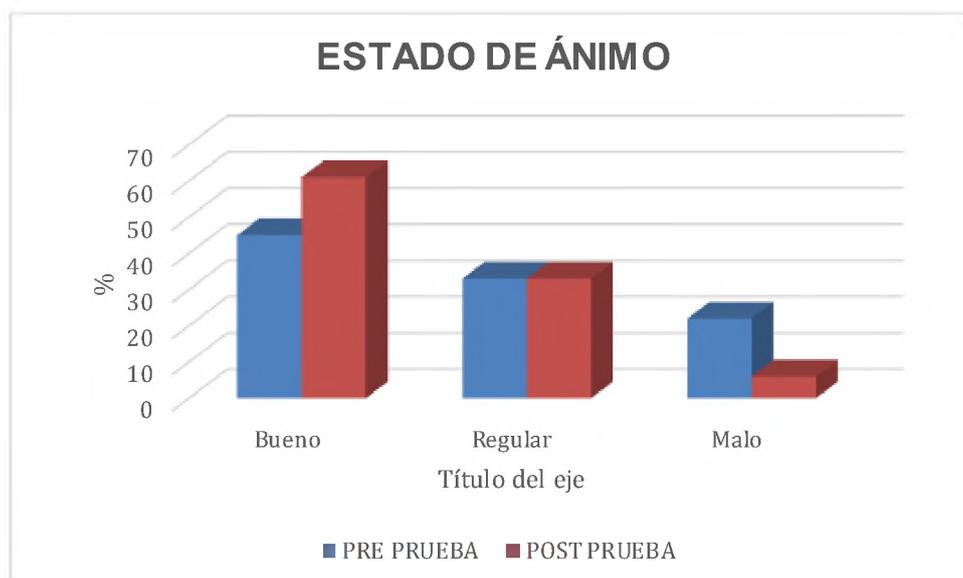


GRÁFICO N° 71: Nivel de afectación del estado de ánimo de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

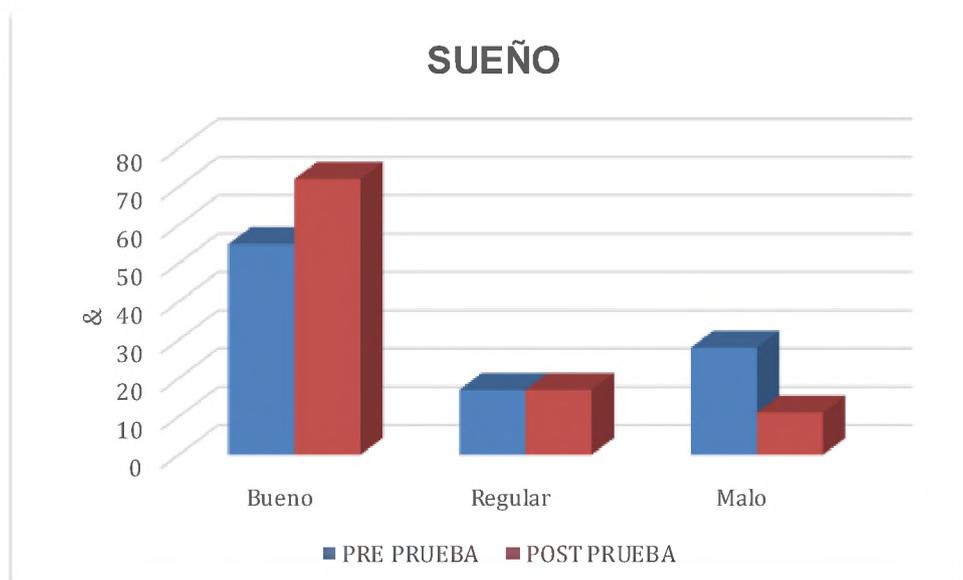


GRÁFICO N° 72: Nivel de afectación del sueño de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

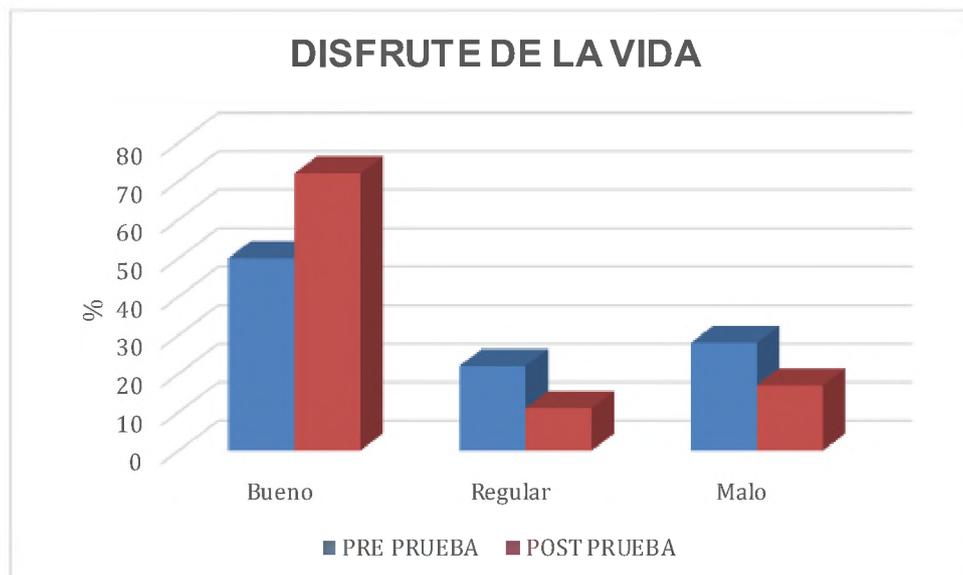


GRÁFICO N° 73: Nivel de afectación de la capacidad de disfrute de la vida de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

ANEXO IV

- Presentación de la muestra

TABLA N° 1: Sexo de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

SEXO		
	Nº	%
FEMENINO	12	67
MASCULINO	6	33
TOTAL	18	100

TABLA N° 2: Edad de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

EDAD		
	Nº	%
30 - 40 años	4	17
41 - 51 años	3	22
52 - 62 años	6	33
63 - 73 años	5	28
TOTAL	18	100

TABLA N° 3: Ocupación de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Pregunta cualitativa cuantificada.

OCUPACIÓN		
	Nº	%
PROFESIONAL	5	28
EMPLEADOS	6	33
OFICIOS	2	11
AMA DE CASA	2	11
JUBILADO	3	17
TOTAL	18	72

TABLA N° 4: Motivos por los cuales asisten al ciclo de EPA las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Pregunta cualitativa cuantificada.

MOTIVO DE ASISTENCIA		
	Nº	%
Dolor corporal	10	35
Calidad de vida	4	14
Contracturas musculares	4	14
Prevención	3	11
Mejorar la postura	3	11
Conciencia corporal	1	3
Estrés	1	3
Post Accidente laboral	1	3
Vértigo y mareos	1	3
Temblor	1	3
TOTAL	29	100

TABLA N° 5: Realización de tratamientos previos de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

TRATAMIENTOS PREVIOS		
	Nº	%
SI	12	67
NO	6	33
TOTAL	18	100

- Resultados comparativos de pre y post intervención de EPA

TABLA N° 6: Localización del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Ítem de opción múltiple.

LOCALIZACION												
	Pre Prueba						Post Prueba					
	Marco		No marco		TOTAL		Marco		No marco		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TRONCO	16	89	2	11	18	100	17	94	1	6	18	100
MMSS	6	33	12	67	18	100	7	39	11	61	18	100
MMII	5	28	13	72	18	100	5	28	13	72	18	100

TABLA N° 7: Localización del dolor en el tronco de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Ítem de opción múltiple.

TRONCO												
	Pre Prueba						Post Prueba					
	Marco		No marco		TOTAL		Marco		No marco		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cabeza	2	11	16	89	18	100	1	5	17	95	18	100
Cuello	8	44	10	56	18	100	6	33	12	67	18	100
Espalda	12	67	6	33	18	100	12	67	6	33	18	100
Torso anterior	3	17	15	83	18	100	0	0	0	0	18	100
Glúteo	5	28	13	72	18	100	8	44	10	56	18	100
Pelvis	3	14	15	83	18	100	1	5	17	95	18	100

TABLA N° 8: Localización del dolor en los MMSS de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Ítem de opción múltiple.

MMSS												
	Pre Prueba						Post Prueba					
	Marco		No marco		TOTAL		Marco		No marco		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombro	5	28	13	72	18	100	6	33	12	67	18	100
Brazo	3	17	15	83	18	100	2	11	16	89	18	100
Codo	2	11	16	89	18	100	2	11	16	89	18	100
Antebrazo	3	17	15	83	18	100	2	11	16	89	18	100
Muñeca	3	17	15	83	18	100	0	0	0	0	18	100
Mano	3	17	15	83	18	100	1	5	17	95	18	100

TABLA N° 9: Localización del dolor en los MMII de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Ítem de opción múltiple.

MMII												
	Pre Prueba				TOTAL		Post Prueba				TOTAL	
	Marco		No marco				Marco		No marco			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muslo	2	11	16	89	18	100	2	11	16	89	18	100
Rodilla	2	11	16	89	18	100	4	22	14	78	18	100
Pierna	2	11	16	89	18	100	3	17	15	83	18	100
Tobillo	2	11	16	89	18	100	0	0	0	0	18	100
Pie	3	17	15	83	18	100	0	0	0	0	18	100

TABLA N° 10: Intensidad máxima del dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

INTENSIDAD MAXIMA				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Sin dolor	1	5	3	17
Mínima	3	17	8	44
Media	7	39	4	22
Máxima	7	39	3	17
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 11: Intensidad mínima del dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

INTENSIDAD MINIMA				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Sin dolor	3	17	11	61
Mínima	9	50	4	22
Media	6	33	3	17
Máxima	0	0	0	0
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 12: Intensidad media del dolor en la última semana de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

INTENSIDAD MEDIA				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Sin dolor	1	5	4	22
Mínima	7	39	1	56
Media	9	50	4	22
Máxima	1	6	0	0
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 13: Intensidad actual del dolor en el momento de completar la pre y post prueba, de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

INTENSIDAD ACTUAL				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Sin dolor	3	17	5	28
Mínima	4	22	10	55
Media	9	50	3	17
Máxima	2	11	0	0
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 14: Situaciones que empeoran el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Ítem de opción múltiple.

EMPEORAN EL DOLOR												
	Pre Prueba						Post Prueba					
	Marco		No marco		TOTAL		Marco		No marco		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Levantar peso	4	22	14	78	18	100	5	28	13	67	18	100
Actividad Física	4	22	14	78	18	100	2	11	16	89	18	100
Mantener posturas de manera prolongada	16	89	2	11	18	100	17	94	1	6	18	100
Otros	4	22	14	78	18	100	2	11	16	89	18	100

TABLA N° 15: Aliviantes del dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Ítem de opción múltiple.

ALIVIANTE DEL DOLOR												
	Pre Prueba						Post Prueba					
	Marco		No marco		TOTAL		Marco		No marco		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actividad Física	9	50	9	50	18	100	10	56	8	44	18	100
Medicamentos	9	50	9	50	18	100	5	28	13	72	18	100
Reposo	6	33	12	67	18	100	5	28	13	72	18	100
Otros	8	44	10	56	18	100	5	28	13	72	18	100

TABLA N° 16: Adjetivos que se aplican al dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Ítem de opción múltiple.

ADJETIVOS PARA EL DOLOR												
	Pre Prueba						Post Prueba					
	SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Difuso	4	22	14	78	18	100	2	11	16	89	18	116
Localizado	13	72	5	28	18	100	13	72	5	28	18	105
Urente	1	5	17	95	18	100	1	5	17	95	18	117
Palpitante	2	11	16	89	18	100	1	5	17	95	18	117
Sordo	8	44	10	56	18	100	7	39	11	61	18	111
Irradiante	5	28	13	72	18	100	4	22	14	78	18	114
Punzante	4	22	14	78	18	100	5	28	13	72	18	113
Constrictivo	6	33	12	67	18	100	5	28	13	72	18	113
Gravitativo	4	22	14	78	18	100	2	11	16	89	18	116
Taladrante	0	0	18	100	18	100	0	0	18	100	18	118
Fatigoso	8	44	10	56	18	100	5	28	13	72	18	113
Agudo	4	22	14	78	18	100	4	22	14	78	18	114

TABLA N° 17: Motivos que originan el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

MOTIVOS DEL DOLOR				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%

Los efectos de mi tratamiento	1	5	0	0
Mi enfermedad principal	1	6	3	17
Una situación relacionada con mi enfermedad principal	4	22	4	22
Otros	12	67	11	61
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 17 bis: Especificación de la opción “Otros”; de las 12 personas del pre prueba que eligieron la opción “Otros” y de las 11 personas de post prueba que marcaron “Otros”. Pregunta cualitativa cuantificada.

Pre Prueba		
Malas Posturas	8	67
Sin especificar	1	9
Tensión	1	8
Problemas psicológicos	1	8
Sobrecarga de peso	1	8
TOTAL	12	100

Post Prueba		
Malas posturas	9	82
Estrés	1	9
Sin especificar	1	9
TOTAL	11	100

TABLA N° 18: Recursos que utilizan para disminuir el dolor las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

RECURSOS UTILIZADOS PARA EL DOLOR				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	N°	%	N°	%
Tratamiento	1	6	2	11
Medicación	6	33	5	28
Ambos	4	22	4	22
Ninguno	7	39	7	39
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 19: Grado de alivio que ha sentido gracias a la medicación o tratamiento recibido para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019. Totales desprendidos de Tabla N° 18 (personas que reciben tratamiento, medicación o ambos).

GRADO DE ALIVIO				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Mínimo	3	27		0
Medio	1	9	3	27
Máximo	7	64	8	73
TOTAL	11	100	11	100

TABLA N° 20: Duración de la medicación para el dolor de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

DURACIÓN DE LA MEDICACIÓN				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
No toma medicación	8	44	10	56
La medicación no ayuda en nada	1	6	0	0
1 hs.		0	0	0
2 hs.		0	1	6
De 5 a 12 hs.	1	6	0	0
Más de 12 hs.	8	44	7	38
TOTAL	18	100	18	100

Afectación de los siguientes aspectos de la vida, debido al dolor, durante la última semana:

TABLA N° 21: Nivel de afectación de la actividad general de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

ACTIVIDAD GENERAL				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	9	50	12	67
Regular	3	17	3	16
Malo	6	33	3	17
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 22: Nivel de afectación de la capacidad de caminar de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

CAPACIDAD DE CAMINAR				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	N°	%	N°	%
Bueno	14	78	16	89
Regular	2	11	1	5
Malo	2	11	1	6
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 23: Nivel de afectación del trabajo habitual de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

TRABAJO HABITUAL				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	N°	%	N°	%
Bueno	9	50	13	72
Regular	5	28	2	11
Malo	4	22	3	17
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 24: Nivel de afectación de las relaciones interpersonales de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

RELACIONES CON OTRAS PERSONAS				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	N°	%	N°	%
Bueno	10	55	14	78
Regular	5	28	2	11
Malo	3	17	2	11
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 25: Nivel de afectación del estado de ánimo de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

ESTADO DE ÁNIMO				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	8	45	11	61
Regular	6	33	6	33
Malo	4	22	1	6
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 26: Nivel de afectación del sueño de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

SUEÑO				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	10	55	13	72
Regular	3	17	3	17
Malo	5	28	2	11
TOTAL	18	100	18	100

TABLA N° 27: Nivel de afectación de la capacidad de disfrute de la vida de las personas que concurren a Clínicas de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de junio a agosto del año 2019.

DISFRUTE DE LA VIDA				
	Pre Prueba		Post Prueba	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	9	50	13	72
Regular	4	22	2	11
Malo	5	28	3	17
TOTAL	18	100	18	100

Referencias bibliográficas

- Aguirre, M.J; Schmale, E; Villarreal, M.; 2003. “Intervención del Terapeuta Ocupacional en una Escuela de Espalda” Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de ciencias de la salud Y Servicio Social. Lic. En Terapia Ocupacional.
- Axel Kroger y Ronaldo Luna, 1992, Atención Primaria de Salud, Principios y métodos 2 Edición, México, OPS.
- Beringer E, 2015, La sabiduría del cuerpo: Recopilación de artículos de Moshe Feldenkrais, Bs. As, Argentina, Ed Sirio.
- Bertherat, T, 2015, El cuerpo tiene sus razones: Autocura y antigimnasia, Bs As, Ed Paidós.
- Bertherat, T. 2010. La guarida del tigre: Antigimnasia para el dolor de espalda y las contracciones musculares. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Bertherat, T; Bertherat, M. 2014. Mi curso de antigimnasia: despierte su cuerpo y encuentre su energía y bienestar. Argentina. E. Paidós.
- Bertocchi, J. & Gasparri, N. 2013. Una manera diferente de posicionarse en la vida: Un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina.
- Busquet, L. 2007. Las cadenas musculares TOMO I (4º edición). España: Paidotribo.
- Capponi R. 1987, Psicopatología y Semiología Psiquiátrica, Ed Universitaria edición digital.

- Castelli M.B., Terapias complementarias, hacia una intervención holística de la salud 2018. Revista RATO, <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2018jul-art3.pdf>
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales en Chile, 2000, Posición del colegio de TO de Chile sobre la formación profesional, Santiago de Chile, N°1
- Feldenkrais M, 2015, La sabiduría del cuerpo: recopilación de artículos, Argentina, Ed Paidós.
- Fernández-López, María Fernández-Fidalgo y Alarcos Cieza, 2010, Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), Rev. Esp. Salud Pública vol.84 no.2 Madrid mar./abr. 2010, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
- Fustinioni. 1987. 11° edición. Semiología del Sistema Nervioso. Argentina. Ed. El ateneo.
- Gerda A., 1993, La Eutonía: un camino hacia la experiencia total del cuerpo, México, Ed Paidós.
- Godelieve Denys Struyf, 2004. El manual del Mezierista 3° edición TOMO 1, Barcelona España, Paidotribo.
- Godelieve Denys Struyf, 2004. El manual del Mezierista 3° edición TOMO 2, Barcelona España, Paidotribo.
- Gomoll AH, Kats JN, Warner JJ, Millett Pj, 2004, Rotator cuff disorders: recognition and management among patients with shoulder pain, 50:3751-61.

- Gutiérrez M. Fernanda, Preckel Bárbara (2013). “Conocimiento y aplicación de la educación postural activa en adultos mayores” .Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Gyarmán, Salud y Enfermedad: Hacia un paradigma Biopsicosocial, Material de Cátedra de Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y la Comunidad, UNMDP.
- Jenkins C.D., 2005, Mejoremos la salud a todas las edades, Un manual para el cambio de comportamiento, Publicación Científica y técnica N°590, OPS
- Kesselman, S. 1990. El pensamiento corporal. España. Ed. Paidós.
- López-Silva¹, M. Sánchez de Enciso¹, M. C. Rodríguez-Fernández¹, E. Vázquez-Seijas, 2007, Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria, Rev. Soc. Esp. Dolor 1: 9-19
- Molho, R; Berra, J. 2012. Ayurveda y Meditación. Sus beneficios sobre la salud, el bienestar y la armonía mental al alcance de todos. Buenos Aires. Ed. Kier. Cap. Meditación y calidad de vida. .
- OMS, Carta Ottawa, 1986, Anexo I Carta Ottawa para la promoción de la salud, México, Serie Paltex.
- Pellegrini M. Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria, (en línea) <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>. [consulta: 13 de marzo de 2019].
- Plaghki, L., Mouraux, A., & Le Bars, D. (2018). Fisiología del dolor. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 39(1), 1–22. Doi:10.1016/s1293-2965(18)88603-0

- Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro; S., Villar, G., Lis, D. 2016 Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (1° Ed), Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional; Miramar, Buenos Aires, Argentina: Editorial M.B.
- Rolf I, 1994, Rolfing: La integración de las estructuras del cuerpo humano, España, Ed: Urano.
- Romano, Diana; 2003; Introducción al Método Feldenkrais. El arte de crear conciencia a través del movimiento; Buenos Aires; Ed. Lumen.
- Sánchez I., Ferrero A. Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Florez MT, Peña A, Zambudio R, 2008 Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física, Ed Panamericana, España.
- Soto e I. Failde, 2004, La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica, Rev. Soc. Esp. Dolor vol.11 no.8 Madrid dic. 2004, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004
- Souchard, P.E. 2012. Reeducción Postural Global, Método de campo cerrado, Enfoque Somato-Psíquico. Buenos Aires: Edición Digital, VII Congreso Internacional de RPG.
- Souchard, 2003, Streching Global Activo TOMO I, Barcelona España, Ed Paidotribo.
- Souchard, 2003, Streching Global Activo TOMO II, Barcelona España, Ed Paidotribo.

- Sullivan, Mercedes, 2017, Calidad de vida de madres de niños y adolescentes con Distrofia Muscular, - 1a Ed. - Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Terris M., 1991, Tendencias Actuales en la Salud Pública de las Américas, Material de Cátedra de Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y la Comunidad, UNMDP.
- Tortora. Derrickson, 2006, Principios de anatomía y fisiología 11º Edición, España, Ed: Panamericana.
- Vargas, M; Luz, M. 1994. Sobre el concepto de percepción Alteridades, vol. 4, núm. 8, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- Vásquez F., 2008, Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física, España, Ed Panamericana.
- Walker-Bone KE, Palmer KT, Reading I, Cooper C., 2003, Soft-tissue rheumatic disorders of the neck and upper limb: prevalence and risk factors, ;33:185-203.
- Willard y Spackman. 2008. Terapia Ocupacional. 10º edición. Argentina. Ed. Médica Panamericana.
- World Federation of Occupational Therapists. Definición de Terapia Ocupacional. [monografía digital]; 2012. [fecha de consulta 12 de marzo 2019]. Disponible en: <http://www.wfot.org/>
- Zegarra Piérola Jaime Wilfredo, 2006, Bases fisiopatológicas del dolor, Acta Médica Peruana versión On-line ISSN 1728-5917.