



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

La figura del fisioterapeuta en relación a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Autor/es

Miguel Ángel Marta Lazo

Director/es

Juan Francisco León Puy

Facultad Ciencias de la Salud  
2012

## **INTRODUCCIÓN**

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) (1), en su Artículo 3 marca los *Principios de la Ley* entre los que se incluyen entre otros:

- El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.

Por otro lado, de la LAPAD también deriva el instrumento de valoración por el que se reconoce a una persona con un grado y nivel de dependencia, es el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD). Desde la puesta en marcha de la ley ha sufrido una modificación teniendo vigencia en la actualidad el que aparece en el anexo D del Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia (2).

El BVD pretende valorar el **nivel desempeño** en una serie de tareas de la vida diaria, así como el problema de desempeño, el tipo y frecuencia de los apoyos necesarios en aquellas tareas en las que quede demostrada una situación de dependencia,.

En el criterio de aplicación del BVD número 3, recogido en el RD 174/2011, nos define **desempeño** como la **capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo**, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual.

El BVD está compuesto por diez actividades para las personas que sólo presentan problemas físicos (escala general) y once para las que padecen discapacidad intelectual o enfermedad mental (escala específica). Se valora el desempeño de las tareas que forman estas actividades.

La Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia (3), recoge en su artículo primero y segundo los criterios comunes de composición de órganos de valoración y los conocimientos a requerir a las personas valoradoras. Ampliando los órganos de valoración con la incorporación de equipos técnicos de evaluación, asesoramiento y control formados por un equipo multiprofesional de carácter público, encuadrado en el modelo biopsicosocial que establece la CIF, que actúa aportando las especificidades de su profesión pero dentro de un enfoque de interdisciplinariedad. También especifica el perfil que tienen que tener las personas valoradoras dejando un campo abierto a las siguientes titulaciones medicina, psicología, terapia ocupacional, enfermería, **fisioterapia** y trabajo social.

Como dice el título del trabajo, la intención de éste, es relacionar la LAPAD con la figura del fisioterapeuta, por lo que resulta indispensable definir su disciplina. La Fisioterapia está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1958 como: "El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. **La Fisioterapia se ocupa de la recuperación física y de la prevención, para ello se practican pruebas** eléctricas y manuales para determinar el alcance de la lesión y fuerza muscular, pruebas **que determinan las capacidades funcionales**, la amplitud del movimiento articular, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución" (4).

En el anexo de la *ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta* (5) se establecen las competencias que los estudiantes deben adquirir durante su formación, en el se incluye:

5. Valorar el estado funcional del paciente, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

6. Valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia según las normas y con los instrumentos de validación reconocidos internacionalmente.

En resumen, la LAPAD tiene como uno de sus pilares la promoción de la autonomía, dentro de ésta se encuentran tanto los tratamientos como los programas de habilitación y rehabilitación y, por otro lado, el BVD, instrumento de valoración de dependencia intenta medir las capacidades funcionales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria descritas en dicha ley, capacidades funcionales que según la definición de la OMS la fisioterapia tiene capacidad de determinar y que en están incluidas en las competencias que se deben adquirir en la obtención del Título de Graduado en Fisioterapia

### **OBJETIVOS**

PRIMERO. Demostrar que la fisioterapia cuenta con los medios de valoración necesarios para la aplicación de la escala general del BVD.

SEGUNDO. Ofrecer información que contribuya a considerar al fisioterapeuta como una figura de referencia en la planificación, puesta en marcha, evolución y evaluación de futuros programas para la prevención del agravamiento de la situación de dependencia.

### **METODOLOGIA**

Para la consecución del primer objetivo se asociarán técnicas utilizadas en la valoración de fisioterapia que ayuden a determinar la capacidad funcional de los solicitantes en la actividad comer/ beber considerando que pueden servir como ejemplo de las diez actividades que integran la escala general del BVD.

Para lograr el segundo objetivo, se realizará un estudio de los informes de condiciones de salud que forman parte de las algunas solicitudes presentadas en la Provincia de Teruel desde el 20 de febrero al 20 de abril

2012, para analizar los que tienen un diagnóstico susceptible de tratamiento fisioterápico y cuales de ellos podrían participar en un programa de promoción de autonomía. La elección de solicitudes a estudio será aleatoria, siendo contempladas en este trabajo las que el coordinador de valoración asigne a uno de los seis valoradores existentes en esta provincia.

Serán tenidos en consideración todos los diagnósticos presentes en informe de salud y enumerados por orden de incidencia. Se conocerán así cuales son los problemas de salud más frecuentes entre los solicitantes. Una vez conocidos se realizará se buscaran evidencias de que la fisioterapia es efectiva en los principales problemas de salud.

Los programas para la promoción de la autonomía y prevención de las situaciones de dependencia que se tendrán presentes en este estudio, por considerarse la base de esta promoción en el aspecto físico, serán los siguientes:

Programa de mantenimiento físico general.

Programa de prevención de caídas.

Se considera que la realización de estos dos programas es una tarea específica de la disciplina de fisioterapia, ya que se basan en la realización de ejercicios terapéuticos, recogidos como parte de las labores de fisioterapia en la definición de ésta de la OMS.

Por lo tanto, para intentar demostrar que el/la fisioterapeuta es una pieza fundamental en la promoción de la autonomía y prevención de las situaciones de dependencia, bastará con conocer la población susceptible de realizar dichos programas.

Para determinar dicha población se tendrán en cuenta las siguientes premisas:

*Programa de mantenimiento físico general:*

- 1.- Que en el informe de condiciones de salud se encuentre presente alguna patología que la evidencia ha demostrado susceptible de mantenimiento o mejoría con ejercicio dirigido. Teniendo en cuenta meta-análisis y revisiones se incluirán las siguientes: enfermedad cardiovascular (6,7), osteoporosis (7,8), enfermedad reumática (7,9,10), dolores musculares (7, 11), trastornos venosos (12, 13), diabetes (7,14), hipertensión arterial (15), ansiedad (7) y depresión (7, 16).
- 2.- Que ninguna de estas patologías este en fase aguda, es objetivable en el momento de la valoración, ya que, si éste es el caso, se tiene que posponer por no poder realizarse en dicha fase.
- 3.- Capacidad en la tarea disponer su tiempo y sus actividades cotidianas de la actividad toma de decisiones.

*Programa de prevención de caídas:*

- 1.-Que en el baremo valoración del grado de dependencia en las tareas evitar riesgos dentro del domicilio y evitar riesgos fuera del domicilio, se especifique que existe riesgo de caídas, puedan o no evitarlo con el uso de algún producto de apoyo, dando por hecho que el valorador ha realizado las pruebas necesarias para constatar dicho riesgo.
- 2.- Capacidad en la tarea disponer su tiempo y sus actividades cotidianas de la actividad toma de decisiones.

**DESARROLLO**

Aunque no siempre será necesario la aplicación de las técnicas de valoración que se indican en cada actividad que se van a detallar, se trata de valorar si el fisioterapeuta cuenta con los elementos suficientes para determinar si una persona puede o no realizarlas de forma autónoma o precisa ayuda. Sólo se hará mención de las posibles técnicas o escalas a realizar y en algún caso de la capacidad mínima que se debe obtener para poder ejecutar la actividad con el control físico suficiente.

## **Comer y beber:**

### 1. Inspección y palpación de MMSS y de cara.

- a. Observación de la piel: Prestaremos especial interés en la pilosidad que nos puede dar muestras de una disfunción vascular y cicatrices.
- b. Color de la piel: Nos proporciona información sobre la irrigación de la zona: eritema, equimosis, hematoma, cianosis o isquemia harán que la piel cambie de color.
- c. Volumen: si hay edema de origen intersticial, se observa la aparición de fóvea para diferenciar el origen venoso en caso de que exista o intersticial, si no aparece.
- d. Aspecto general: si es fina o gruesa.
- e. Secreciones: sudor de las glándulas sudoríparas o grasa de las glándulas sebáceas
- f. Manchas: Cicatrices, pliegues, pecas, verrugas, quistes...
- g. Palpación del tejido cutáneo y subcutáneo: Con el miembro superior en reposo tenemos que ver las propiedades mecánicas de la piel, el trofismo de la piel, cicatrices y la sensibilidad cutánea.

- Propiedades mecánicas de la piel:

- Extensibilidad de la piel: pellizcando miramos la resistencia de los tejidos a ser desenganchados de los planos inferiores.
- Elasticidad: capacidad de la piel de volver a su posición inicial una vez soltado el pellizco.
- Grosor
- Movilidad: se valora colocando los dedos sobre la piel y moviéndola hacia un lado y hacia otro.

- El trofismo también se valorará durante la palpación, con los datos proporcionados por la temperatura de la zona, si hay pulso, si hay edema y por la secreción.

### 2. Exploración de la sensibilidad. Produciremos diferentes estímulos en la zona a valorar que nos darán información sobre los diferentes tipos de sensibilidad:

- a. Sensibilidad superficial: táctil, motora y térmica
- b. Sensibilidad profunda: a la presión o parestesia, sensibilidad vibratoria o parestesia, sensibilidad postural o batiestesia, sensibilidad dolorosa profunda, grafestesia.

3. Examen motor:

- a. Balance articular: se pueden valorar los movimientos necesarios para realizar la actividad, prestando atención a los grados mínimos que hacen posible su correcta ejecución.

Articulación	Movimiento	Recorrido articular	Acción que se consigue
Hombro	Flexión	0-30°	Alcanzar los alimentos y vaso
Hombro	Rotación interna	0-50°	Llevar los alimentos a la boca
Codo	Flexión	70-120°	Alcance y aproximación de los alimentos a la boca.
Muñeca	Pronación	0-40°	Utilización de cubiertos y llevar la comida a la boca
Muñeca	Supinación	0-40°	
Muñeca	Flexión dorsal	0-15°	
Muñeca	Flexión palmar	0-15°	
Metacarpofalángica primer dedo	Abducción	0-80°	Prensión
Metacarpofalángica primer dedo	Oposición	0-30°	Prensión y pinza
Interfalángica primer dedo	Flexión	0-15°	
Metacarpofalángica dedos 2º al 5º	Flexión	0-15°	
Interfalángica proximal dedos 2º al 5º	Flexión	0-45°	
Interfalángica distal dedos 2º al 5º	Flexión	0-15°	

- b. Examen del tono muscular: escala de Ashworth (17)
- c. Balance muscular de miembros superiores
  - Analítico: valoración individual de los músculos que participan en los movimientos anteriores que necesitarán un grado 3 (18) para poder contrarrestar la gravedad durante el movimiento, indispensable para su realización.
  - Global: valora grupos musculares que realizan una misma acción, por ejemplo en la rotación interna de hombro subescapular, pectoral mayor, tríceps braquial, haz anterior del deltoides, redondo mayor y dorsal ancho, pudiendo unos compensar la falta de fuerza de otros en la realización de esta actividad.
- d. Valoración coordinación
  - Coordinación global



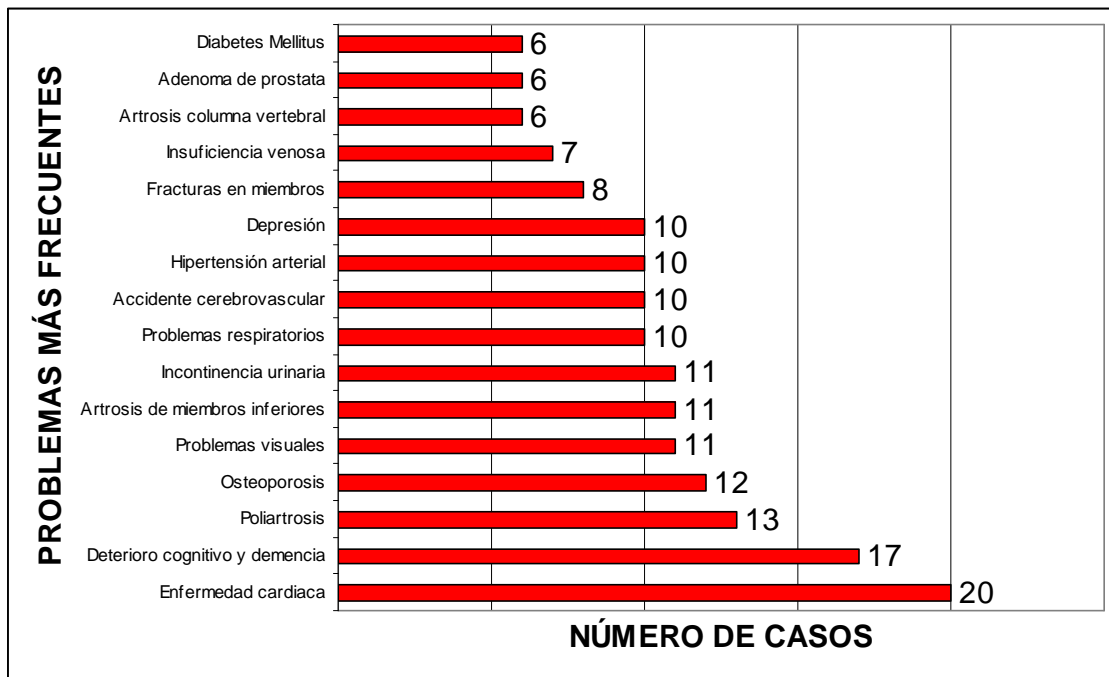
- Coordinación fina: prueba del índice y la nariz, del índice y la oreja, y prueba dedo-dedo.
  - Coordinación ojo-mano
  - Coordinación bimanual.
  - Coordinación: AMPS: registro de habilidad motriz (Fisher) (19).
- e. Valoración reflejos: bicipital, estiloradial, tricipital.

4. Valoración del dolor: Se pueden utilizar escalas analógicas simples como la de Downie (20) o cuestionarios más completos como la reconstrucción abreviada en versión española de por Lázaro y cols (21) del cuestionario de dolor de McGill (22)

5. Escalas y cuestionarios específicos para la valoración de miembro superior:

- a. Valoración de la función de miembro superior
  - Cuestionario Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH): instrumento específico de medición de la calidad de vida relacionada con los problemas del miembro superior. Validado en versión española (23).
- b. Escalas específicas para articulaciones.
  - *Constant-Murley score* (24): escala más utilizada para la valoración de hombro.
  - *PRWE (Patient Rated Wrist and Hand Evaluation)*(25): escala de valoración específica de muñeca y mano.
  - *ASES-e* (26): cuestionarios específicos para valorar dolor y discapacidad en la articulación de codo.

Para conseguir objetivo se han revisado 58 solicitudes, siendo los problemas de salud presentes con más frecuencia en el informe de condiciones de salud los siguientes:



La fisioterapia tiene tratamiento, incluido en la prevención primaria, secundaria o terciaria, para los principales problemas de salud que presentan los solicitantes de dependencia. Autores como Did Morales (27) marcan una pauta de tratamiento en enfermedad cardiaca. López Conesa, "los fisioterapeutas tienen un papel importante en el tratamiento de personas con demencia: Enfermedad de Alzheimer, demencia de cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Pick, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencias por alcoholismo y otras sustancias, demencias de origen metabólico, demencia por VHI, y demencia por traumatismo craneal"(28). De Dios Sancho concluye en su estudio: Un tratamiento de fisioterapia periódico y personalizado es eficaz para la disminución de la rigidez y el dolor característicos de la enfermedad reumática, mantiene la capacidad funcional del paciente e influye positivamente en su calidad de vida relacionada con la salud (29). Hay-Smith realiza una revisión de los beneficios de la fisioterapia en el tratamiento de la incontinencia urinaria. Excepto para la patología visual (se han incluido el glaucoma y las cataratas) Xhardez, en su vademecum de kinesioterapia y reeducación funcional (30), ofrece pautas de tratamiento de fisioterapia específicas para todas las patologías reseñadas, sus síntomas o complicaciones.

De las 58 solicitudes 48 cumplían los criterios para la inclusión en el programa de mantenimiento físico general y 16 en el programa de prevención de caídas, lo que supone un 82,75% y un 27,58% respectivamente.

Lógicamente habría que añadir dos requisitos más que no se han tenido en cuenta en el estudio por la imposibilidad de conseguir los resultados: la voluntariedad de los solicitantes y la aprobación médica para la inclusión en el programa.

### **CONCLUSIONES**

Contar con los medios precisos para la valoración en domicilio de las funciones físicas que integran las actividades del BVD (escala general), hacen del fisioterapia un profesional perfectamente cualificado para valoración de las solicitudes que sólo presentan deficiencias físicas. En estos casos podríamos decir que se debería considerar el profesional de referencia. En caso de que coexistan problemas físicos y cognitivos sería conveniente una valoración conjunta por un equipo formado por un fisioterapeuta y un perfil profesional especializado en valoración cognitiva ligada a la función, siendo el de terapeuta ocupacional el que más se aproxima a esta necesidad.

La figura del fisioterapeuta debería estar incluida en los equipos de valoración de grado de dependencia, por lo que desde los colegios profesionales y asociaciones de fisioterapeutas se debería intentar promover su incorporación en caso de que esta figura no este presente en la formación de dichos equipos y potenciar la participación de éste perfil profesional en los que ya existe con la coordinación éstos y las instituciones estatales y autonómicas directoras de éstos equipos.

Los problemas más frecuentes que presentan las personas que solicitan la valoración de dependencia son susceptibles de tratamiento fisioterápico específico, siempre que una prescripción médica lo indique.

La mayoría de las personas que presentan solicitudes para la valoración y reconocimiento de grado de dependencia podrían beneficiarse de un programa de mantenimiento físico general y más de una cuarta parte de un programa de prevención de caídas. Estos datos reflejan la importancia de la figura del fisioterapeuta en relación con la prevención del agravamiento del grado de dependencia que se encuentra integrado como un principio de la LAPAD.

## **BIBLIOGRAFIA**

(1) Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE número 299 de 15/12/2006.

(2) Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE número 42 de 18/2/2011.

(3) Boletín Oficial del Estado. Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE número 62 de 12/3/2010

(4) Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos Número 419. Ginebra. 1969.

(5) Boletín Oficial del Estado. ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. BOE número 174 de 19/7/2008.

(6) Taylor, R.S.; Dalal, H.; Jolly, K.; Moxham, T.; Zawada, A. Rehabilitación cardiaca domiciliaria versus rehabilitación en un centro de atención (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD007130. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(7) Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 10 (40) 556-576.

<Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>

(8) Aguilar, J. J.; Santos, F. J.; Usabiaga, T.; Renau, E.; San Segundo, R.; Gálvez, S. Ejercicio físico y prevención de la osteoporosis. Revisión.

Publicado en Rehabilitación (Madr). 1999;33:195-9. - vol.33 núm 3

(9) Peña Arrebola, A. Papel del ejercicio físico en el paciente con artrosis. Rehabilitación (Madr) 2003;37(6):307-22

(10) Hernández-Molina, G.; Reichenbach, S.; Zhang, B.; Lavalley, M.; Felson, D.T. Effect of Therapeutic Exercise for Hip Osteoarthritis Pain: Results of a Meta-Analysis Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 59, No. 9, September 15, 2008, pp 1221-1228 DOI 10.1002/art.24010.

(11) Ruiz, M.; Nadador V.; Fernández-Aleantud, J.; Hernández-Salván, J.; Riquelme, I.; Benito, G. Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. Rev. Soc. Esp. Dolor v.14 n.1 Narón (La Coruña) ene. 2007

(12) Díaz Hernández, O.L.;García Lizame, M.L.; Peguero Bringuez, Y.; Mussenden,O.E.; Corteguera Torres, D. Rehabilitación en atención primaria al paciente claudicante y varicoso Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2003

(13) Gardner A.W.; Poehlman, E.T. Exercise Rehabilitation Programs for the Treatment of Claudication Pain. A Meta-analysis. JAMA. 1995;274:975-980,

(14) Thomas D.E.; Elliott E.J.; Naughton G.A. Ejercicios para la diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(15) Cornelissen V.A.; Fagard R.H. Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2005;23:251-9.

(16) Mead G.E.; Morley W.; Campbell P.; Greig C.A.; McMurdo M.; Lawlor D.A. Ejercicio para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane) Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(17) Ashworth, B. Preliminary Trial of Carisoprodol in Multiple Sclerosis. *Revista Practitioner*. Año 1964, volumen 192. Páginas 540 – 542.

(18) Kendall, F.P.; McCreary E.K.; Provance P.G.; Rodgers M.M.; Romani W.A. Kendall's músculos pruebas funcionales postura y dolor. Quinta edición. Madrid: Marbán; 2007.

(19) Fisher A.G. Manual of the assessment of motor and process skills. 5 Edition. Fort Collins, CO: Three start press, 2003

(20) Downie W.N.; Leatham P.A.; Rhind V.M.; Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1979;37:378-81.

(21) Lázaro, C.; Bosch, F.; Torrubia, R.; y Baños, J.E.; (1994). The development of a Spanish Questionnaire for assesing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 1994.

- (22) Melzack, R. The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods, *Pain*, 1, 227-299. 1975.
- (23) Hervás, M.T.; Navarro Collado, M.J.; Peiró, S.; Rodrigo Pérez, J.L.; López Matéu, P.; Martínez Tello, I. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios *Medicina Clínica*, Volume 127, Issue 12,
- (24) Barra-López, M.E. El test de Constant-Murley. Una revisión de sus características. *Rehabilitación* vol.41 núm 05. Madrid. 2007
- (25) Changulani, M.; Okonkwo, U.; Keswani, T.; Kalairajah, Y. Outcome evaluation measures for wrist and hand – which one to choose? *Int Orthop* 2008; 32:1-6.
- (26) Mac Dermid JC. Outcome evaluation in patients with elbow pathology: issues in instrument development and evaluation. *J Hand Ther* 2001; 14:105-14.
- (27) Did Morales, Y.; *Fisioterapia y Rehabilitación del Paciente Cardiópata*. <http://www.efisioterapia.net/descargas/pdfs/405-23fisioterapiacardiopatia.pdf>. 2009.
- (28) Gómez Conesa, A. *Fisioterapia en Salud Mental*. Fundación AlzheimerUr <http://www.fundacionalzheimerur.org/articulodelmes/2008/226> Marzo, 2009
- (29) De Dios Sancho, E.P. Evaluación de la influencia de la fisioterapia sobre el estado de salud, la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente reumático. Dpto De Física, Ingeniería Y Radiología Médica Área De Fisioterapia E.U. Enfermería Y Fisioterapia. Universidad De Salamanca. Mayo, 2009
- (30) Xhardez Y. *Vademecum de kinesioterapia y reeducación funcional*. 4.ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2002.