



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

**presentado para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

TÍTULO:

**“Percepción de los/as pacientes con síndrome de dolor regional complejo
sobre la terapia de espejo como herramienta en el tratamiento de Terapia
Ocupacional en la ciudad de Venado Tuerto”.**

Autor/es:

**Astudillo, Rocío Ayelen. 42.182.990
San Martín, Nayibe. 43.282.915**

Director/a: Lic. en Terapia Ocupacional Keila Juárez

Sede: Venado Tuerto

Fecha de Presentación: 07/05/2026

Firma/s de Autor/es

NAYIBE SP

RESUMEN:

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las percepciones de pacientes con síndrome de dolor regional complejo respecto del uso de la terapia de espejo como herramienta dentro del tratamiento de Terapia Ocupacional. Se desarrolló un estudio de enfoque cualitativo, utilizando como técnica de recolección de datos entrevistas semiestructuradas. La muestra estuvo conformada por tres pacientes que habían incorporado la terapia de espejo en su proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos permitieron identificar cambios positivos en la percepción del dolor, ya que las participantes coincidieron en señalar una disminución progresiva de su intensidad a lo largo del tratamiento. Asimismo, en relación con la percepción de la terapia de espejo, se evidencia una valoración positiva por parte de las entrevistadas, al reconocer beneficios tanto en la reducción del dolor como en el desempeño funcional.

Se concluye que la implementación de la terapia de espejo en el abordaje desde la Terapia Ocupacional contribuye a la disminución del dolor y de los síntomas asociados al síndrome de dolor regional complejo, favoreciendo una mayor motivación de las pacientes para sostener el tratamiento y motivando su continuidad.

PALABRAS CLAVES: Terapia Ocupacional, Síndrome de Dolor Regional Complejo, Dolor, Percepción, Terapia de Espejo.

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	6
III. Marco teórico.....	7
III. a. Terapia Ocupacional.....	7
III. b. Síndrome de Dolor Regional Complejo	9
III. c. Dolor	11
III. d. Terapia de espejo	14
III. e. Percepción	16
IV. Justificación.....	17
V. Metodología.....	18
VI. Resultados.....	19
VII. Discusión.....	23
VIII. Conclusión	26
IX. Referencias bibliográficas.....	28
X. Anexos.....	32
X. a. Consentimiento informado libre y voluntario	
Hoja de información	32
Hoja de firmas.....	33
X. c. Instrumento de recolección de datos	34

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende investigar cual es la percepción de los/as pacientes con síndrome de dolor regional complejo sobre la terapia de espejo como herramienta en el tratamiento de Terapia Ocupacional en un consultorio de rehabilitación privado, en la ciudad de Venado Tuerto, Santa Fe.

En primer lugar, se define la Terapia Ocupacional como:

Una profesión que interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario. Sus profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios que al presentar situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones ven afectado su desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral. Esas personas requieren de la atención especializada a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten reposicionarse ante nuevas situaciones, mejorar su capacidad funcional, la calidad de vida y alcanzar el máximo grado de autonomía personal. (Asociación Argentina de Terapia Ocupacional, 2025).

En Argentina, el ejercicio de la profesión está reglamentada por la Ley N° 27051 Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, sancionada en diciembre de 2014, la cual en su Artículo 8 nombra los alcances e incumbencias de la profesión, los que hacen hincapié en trabajar con las personas y comunidades desde un enfoque integral que abarque la prevención, atención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante actividades significativas y ocupaciones. Esto incluye la aplicación de técnicas, el diseño y la evaluación de métodos orientados a mantener y recuperar las capacidades funcionales. Asimismo, se elaboran planes de acción para abordar las disfunciones ocupacionales, promoviendo así la integración social, personal, laboral y educativa.

Debido a la diversidad de alcances e incumbencias, los/as profesionales se dedican a diferentes áreas de la Terapia Ocupacional. La rehabilitación física, se enfoca en el tratamiento de las personas con disfunciones físicas. Agorrea et al. (2016) las define como las consecuencias del resultado de diferentes traumas o enfermedades físicas, por lo cual se verá afectado el ciclo vital y la participación ocupacional de la persona.

Entre las diversas patologías que pueden tener las personas que asisten a Terapia Ocupacional se encuentra el síndrome de dolor regional complejo o sudeck, también llamada distrofia simpática refleja.

La *International Association for the Study of Pain* la define como una alteración que se caracteriza por dolor espontáneo o inducido, desproporcionado con relación al evento inicial y que se acompaña de una gran variedad de alteraciones autonómicas y motoras, dando lugar a una gran diversidad de presentaciones clínicas.

(Hernandez-Porras, Plancarte Sanchez, Alarcon Barrios & Samano Garcia, 2017, p.367).

El síndrome de dolor regional complejo se encuentra dentro de las patologías neurológicas crónicas, se desencadena luego de un traumatismo como pueden ser las fracturas y las cirugías. Se manifiesta en las extremidades, de forma distal, con localización asimétrica, y tiene diversas características clínicas. En el consenso de Budapest celebrado por la *International Association for the Study of Pain* en el año 2003 se describieron criterios diagnósticos para dicha patología, de allí surgió una clasificación en dos tipos.

- **Tipo I:** (distrofia simpática refleja o síndrome de sudeck), en el que no se identifica ninguna lesión nerviosa y representa el 90% de los casos clínicos.
- **Tipo II:** anteriormente llamada causalgia que se caracteriza por presencia de lesión nerviosa.

El síntoma clínico más característico de esta patología, es el dolor. Este es una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada, a una lesión tisular que puede ser real o potencial (*International Association for the Study of Pain*, 2020).

Asimismo, el dolor puede ser clasificado según su patogenia en neuropático y nociceptivo; según su intensidad en leve, moderado o severo y según su duración en agudo o crónico. El dolor crónico según Zegarra Piérola (2007), es de origen inflamatorio o neuropático y se caracteriza por un realce de la sensación, que puede ser hiperalgesia, es decir sentir un umbral doloroso mayor al real, o alodinia, o sea sentir como doloroso, un estímulo que no lo es.

Autores tales como Pringance & Stalka (2011) y McCabe (2011) mencionan que existe evidencia de que los pacientes con dolor crónico sufren cambios en la organización cortical por lo que puede verse afectada la funcionalidad de la mano o la extremidad en el síndrome de dolor regional complejo.

Diversas técnicas y herramientas son utilizadas para la recuperación de las funciones perdidas debido a una disfunción física y para el tratamiento del dolor, entre ellas se debe mencionar a la terapia de espejo. Fue desarrollada en 1996 por Ramachandran y Rogers-Ramachandran quienes realizaban un estudio para el dolor del miembro fantasma en personas amputadas. (Castro Alzate et al., 2015, p. 65)

La terapia de espejo es un proceso que tiene diferentes componentes, el entrenamiento de la lateralidad, la imaginería motora y la terapia de espejo en sí misma. Pringace & Stalka (2011) describen estas tres etapas, la primera, consta de la utilización de secuencias de imágenes donde el/la paciente debe reconocer cuales son los miembros derechos e izquierdos. La segunda es en donde se le pide al paciente que imagine su mano

realizando posturas y movimientos específicos sin dolor, es necesario para esta parte del tratamiento que no se realice la acción motora real. Por último, se utiliza una caja de espejo o un espejo de manera vertical donde su extremidad afectada se encuentra dentro o por detrás de éste y su extremidad no afectada se ve reflejada, dando una sensación de tener dos miembros sanos. (pp. 165-166)

McCabe (2011) menciona que a través de la visualización de un miembro sano se restablece la relación normal, sin dolor entre la sensación y la intención motora. Además existe un papel fundamental de la reorganización cortical, a la cual la terapia de espejo contribuiría para la disminución del dolor.

Como antecedentes a la investigación planteada pueden mencionarse los siguientes estudios académicos, “Revisión sobre la efectividad de la terapia de espejo en el proceso de rehabilitación de miembros superiores en pacientes con accidente cerebro vascular” de Cepeda-Vega y Gomez-Blanco (2011). Demuestra que en casos de accidente cerebro vascular este método de tratamiento debe ser usado a tiempo y de forma constante para obtener beneficios en la recuperación motora; además menciona que la ilusión visual creada por la misma activa las neuronas espejo, estimulando la plasticidad cerebral lo que creará una retroalimentación positiva en la corteza motora que puede contribuir en la interrupción del ciclo doloroso.

Además, “Terapia de espejo para el tratamiento de dolor de miembro fantasma crónico en pacientes amputados”; fue un estudio prospectivo en el que se seleccionaron pacientes amputados que presentaban dolor de miembro fantasma y que, a pesar de estar bajo tratamiento farmacológico, continuaban con dicho dolor. En estos pacientes se utilizó la terapia de espejo, lo que permitió concluir que el alivio del dolor puede lograrse mediante su uso como tratamiento inicial. En una serie de casos, se observó que, luego de cuatro semanas de implementación, hubo una reducción en la severidad y frecuencia de los episodios de dolor de miembro fantasma, mientras que en otros casos el dolor fue erradicado por completo al finalizar este periodo. (Uricoechea et al., 2016)

Estos investigadores, concluyeron que esta herramienta es beneficiosa para el tratamiento del dolor y la sensibilidad, así como también para la recuperación de accidente cerebrovascular, dolor de miembro fantasma, síndrome de dolor regional complejo y rehabilitación posquirúrgica. Se afirma además que la retroalimentación visual generada por la utilización de la terapia de espejo, mejora la percepción de propiedad y la sensibilidad de la extremidad afectada, asimismo la herramienta puede reducir la resistencia al tratamiento.

Dada la evidencia sobre la efectividad de la terapia de espejo en la reducción del dolor, es necesario considerar su potencial como herramienta para la rehabilitación. Investigaciones tales como las de Hernandez Porras et. al (2017) y Castro Alzate et. al (2016) plantean que el método mencionado y la imaginería motora abordados desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional es considerado un efecto positivo en la rehabilitación de patologías como el síndrome de dolor regional complejo y en la reducción del dolor.

El presente trabajo aborda las percepciones de los pacientes, considerando que a través de ellas, las personas dan sentido a la información que reciben del entorno. Vargas Melgarejo (1994) postula que estas percepciones están influenciadas por referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad, a su vez se manifiestan en diversas experiencias cotidianas. Comprenderlas permite identificarlas, interiorizarlas y facilitar la interacción con el entorno. Se entiende entonces que es moldeada por las circunstancias sociales, culturales, el grupo al que se pertenece y la clase social, lo cual va a influir en la manera de apreciar la realidad. Además, posee ubicación temporal y espacial, dependiendo de las experiencias y circunstancias. Por medio de la vivencia, se adjudican características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno, construyendo evidencias propias sobre la realidad. (p. 49)

Merleau-Ponty muestra a la percepción como un proceso parcial, porque el observador no percibe las cosas en su totalidad, dado que las situaciones y perspectivas en las que se tienen las sensaciones son variables y lo que se obtiene es sólo un aspecto de los objetos en un momento determinado. (Vargas Melgarejo, 1994, p. 49).

Para Vargas Melgarejo (1994) es importante hacer hincapié en que el reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, ya que permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida, identificándolas y aprehendiéndolas para interactuar con el entorno. Se aprende desde la infancia, dependiendo de la construcción colectiva y del plano de significación en que se obtiene la vivencia y de donde cobra sentido. (p. 49)

En relación con las vivencias, debe hacerse alusión a la percepción y sensación personal que se experimenta frente a un acontecimiento o situación en el momento en que ocurre. Esta se caracteriza por atribuir cualidades subjetivas a los objetos o circunstancias del entorno, a partir de referentes contruidos dentro de sistemas culturales e ideológicos, los cuales son constantemente elaborados y reelaborados por el grupo social. Esto permite generar evidencias que dan forma y significado a la realidad.

Biedma Velazquez et al. (2019) afirman que

La modulación del dolor es un proceso tan complejo que difícilmente dos personas lo vivirán de igual forma aunque el estímulo sea similar, e incluso en una misma persona, distintas circunstancias y momentos harán que se viva de forma desigual, especialmente sí se trata de dolores de larga duración, dolores crónicos. (p. 10)

Es posible interpretar entonces que el dolor va a depender tanto de las circunstancias sociales como del grupo al que se pertenece y el entorno que rodea a la persona. Estos factores serán determinantes al momento de entender las sensaciones y crear su propia experiencia dolorosa. La percepción del dolor, al ser subjetiva, variará en función de cada paciente.

Por lo cual se plantea la siguiente pregunta problema, ¿Cómo perciben los pacientes con síndrome de dolor regional complejo la terapia de espejo como herramienta en el tratamiento de Terapia Ocupacional?

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar la percepción de los pacientes con síndrome de dolor regional complejo sobre la terapia de espejo como herramienta en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Objetivos específicos:

- Describir la percepción del dolor en la utilización de la terapia de espejo en pacientes con síndrome de dolor regional complejo.
- Identificar los beneficios o limitaciones percibidos por los pacientes con síndrome de dolor regional complejo sobre la utilización de la terapia de espejo como herramienta en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

III. Marco teórico

III.a. Terapia Ocupacional

En relación al concepto de Terapia Ocupacional (TO) se decide utilizar en esta investigación la definición de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO) (2025)

Es una profesión cuyo objeto de intervención es la ocupación humana. Las y los Terapistas Ocupacionales intervienen en ámbitos sanitarios, educativos, laborales, judiciales y socio-comunitarios. Sus profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios cuyas ocupaciones se vean afectadas por situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad u otro motivo afectando el desempeño ocupacional, su calidad de vida, y por consiguiente su salud integral. Las personas, grupos o comunidades afectadas en el desempeño cotidiano de sus actividades, requieren de la intervención y atención especializada de profesionales de Terapia Ocupacional a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten superar las barreras que impiden desempeñar actividades en su vida cotidiana.

Asimismo en diciembre de 2014 en Argentina, se promulgó la ley N°27051 de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, la cual reglamenta el ejercicio de la profesión. En el artículo 8 se hace mención a los alcances e incumbencias, las cuales hacen hincapié en trabajar con las personas y comunidades desde un enfoque integral que abarque la prevención, atención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante actividades significativas y ocupaciones. Esto incluye la aplicación de técnicas, el diseño y la evaluación de métodos orientados a mantener y recuperar las capacidades funcionales. Por otro lado, se elaboran planes de acción para abordar las disfunciones ocupacionales, promoviendo así la integración social, personal, laboral y educativa.

La Terapia Ocupacional en disfunciones físicas se encarga del estudio y análisis de los métodos, técnicas, herramientas y actividades específicas de evaluación, tratamiento y reeducación/adaptación de la persona con disfunción física, teniendo en cuenta la forma de vida individual y el contexto humano. (Andrade, 2017, citado en Torres Cruz y Hernandez, 2022, p.71).

Hernandez Lanas y Navarrete Salas (2019) en su ensayo “La ocupación cómo elemento terapéutico de la práctica de Terapia Ocupacional en personas con disfunciones físicas” citan a Christiansen & Townsend, (2004) quienes mencionan que uno de los objetivos de la intervención de los terapeutas ocupacionales, es lograr este sentimiento de bienestar a través del uso de las ocupaciones, las cuales pueden ser definidas como las

cosas que las personas hacen cotidianamente, teniendo un propósito, significado relevantes culturalmente.

Desde una perspectiva de Terapia Ocupacional, la presencia de una disfunción física puede generar un cambio en la vida de la persona y obligarla a vivir de manera diferente su proyecto vital. Esta afectará a todos los aspectos de la vida, principalmente las capacidades físicas de la persona, lo que limitará su desempeño ocupacional en la vida diaria y en especial, las ocupaciones que considera significativas; debiendo movilizar recursos y estrategias que permitan la adaptación a su nueva forma de vida.

Por su parte, Polonio (2016, Hernandez Lana & Navarrete Salas, 2019) señala que la adaptación del adulto a una disfunción física adquirida es un proceso complejo, prolongado en el tiempo y dificultoso, el cual requiere que la persona afectada ponga en marcha sus capacidades cognitivas, emocionales y volitivas para superar su situación actual. Puede entenderse que el proceso de rehabilitación en salud física debe englobar además los aspectos físicos, socioculturales y ocupacionales. La adaptación a esta condición o a su nueva realidad, requerirá el ajuste de sus habilidades, la transformación de sus hábitos y del hacer que tiene esta persona; donde el elemento terapéutico que puede permitir estos cambios es claramente el uso terapéutico de la ocupación. (p.89)

En este sentido el síndrome de dolor regional complejo puede abordarse de diversas maneras en relación a lo mencionado anteriormente, entre ellos por medio de una herramienta que es la terapia de espejo y la imagería motora, las cuales se encuentran relacionadas con las capacidades cognitivas y emocionales de los pacientes, teniendo en cuenta sus ocupaciones significativas.

III.b. Síndrome de dolor regional complejo

El síndrome de dolor regional complejo es una patología neurológica crónica y compleja caracterizada por dolor espontáneo e inducido, que se acompaña y distingue de otros síndromes dolorosos por alteraciones autonómicas y cambios inflamatorios. (Calb et al., 2024, p. 62).

La clínica del síndrome de dolor regional complejo se encuentra caracterizada principalmente por dolor desproporcionado, además puede presentar hiperestesia, alodinia, hiperalgesia, hipoestesia, déficit sensorial, trastorno hemisensorial, desmineralización ósea, alteraciones tróficas, cambios cutáneos (hiperqueratosis, piel brillante, fibrosis, palidez, cambios ungueales, de temperatura y coloración, atrofia muscular). También son frecuentes el edema y anomalías vasomotoras o sudomotoras.

La patología se divide en dos tipos, el tipo I, que se caracteriza por dolor que se expande a lo largo de la extremidad o en otras partes del cuerpo, produciendo una afectación bilateral, en espejo. El tipo II, se caracteriza por tener lesión nerviosa, habitualmente aparece posterior a un traumatismo o cirugía, aunque puede manifestarse espontáneamente; algunos teóricos creen que puede existir influencia de factores genéticos.

Además de los tipos, se encuentran las fases evolutivas del síndrome. Perez-Garrido et al (2018) diferencian entre las siguientes:

- Fase aguda e inflamatoria: el dolor es más característico, se encuentran manifestaciones autonómicas y sensoriales, acompañadas de cambios en la coloración y tumefacción de la piel. Esta corresponde a los primeros meses de evolución.
- Fase distrófica: hay una disminución del trastorno sensorial, con mayor actividad de los trastornos vasomotores. Predomina una piel fría con crecimiento de vello. Hay presencia de rigidez articular y persistencia del dolor.
- Fase atrófica: en esta última disminuye el dolor y comienzan las alteraciones motoras. Por lo que se presentan atrofia muscular, cutánea y ósea.

Siguiendo con las manifestaciones del síndrome de dolor regional complejo, hay cierta evidencia sobre que algunos estados psicológicos podrían condicionar el desarrollo de la enfermedad, tales como el síndrome de estrés pos traumático. Sin embargo, aparece con mayor evidencia que el estrés psicológico parece influir en la progresión de la enfermedad. Así, los/as pacientes con niveles elevados de ansiedad o miedo asociado al dolor muestran una evolución peor. (Bovaira Forner et al, 2022, p. 36).

Diversos autores afirman la importancia del tratamiento rehabilitador temprano, con el objetivo principal de reducir el dolor y recuperar la funcionalidad. Bovaira Forner et al (2022) mencionan que la rehabilitación es la piedra angular y el tratamiento de primera línea para el síndrome de dolor regional complejo, siendo el eje central del tratamiento la colaboración con el resto de las disciplinas encaminadas a conseguir analgesia, promover la movilidad y disminuir los niveles de ansiedad, para mejorar la funcionalidad del paciente.

Dentro del tratamiento de Terapia Ocupacional el objetivo principal es controlar el dolor, la sintomatología e incluir movilización precoz. Para ello se utiliza como tratamiento la imaginería motora, la terapia de espejo o técnicas de discriminación táctil, entre otras herramientas. De esta manera, el tratamiento se centra en la recuperación de la funcionalidad e integración de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y las de ocio.

III.c. Dolor

El dolor es uno de los motivos más frecuentes por el que los pacientes consultan a su médico, este es producido por procesos que son capaces de dañar tejidos. Para la *International Association for the Study of Pain* (2020) es “una vivencia sensitiva y emocional desagradable asociada, o semejante a ésta, con una lesión tisular real o potencial”. (p.2).

Melzack y Casey (1968, citado en Pérez-Muñoz & Pérez-Martin, 2018) mencionan tres dimensiones del dolor:

1. Dimensión sensorial discriminativa: reconoce las cualidades estrictamente sensoriales del dolor como localización, intensidad, cualidad, características espaciales y temporales. Incluye los mecanismos anatomofisiológicos para la transmisión del estímulo nociceptivo desde la región de la lesión hasta centros superiores.
2. Dimensión motivacional afectiva: incluye cambios emocionales y reacciones en relación al dolor (desagrado, sufrimiento, ansiedad, depresión...). Están implicadas estructuras troncoencefálicas y límbicas.
3. Dimensión cognitivo evaluativa: hace referencia a las creencias, valores culturales y variables cognitivas. Valora no sólo la percepción, sino también el significado de lo que está ocurriendo y de lo que pueda ocurrir.

A su vez, el dolor puede ser clasificado según:

- Según su duración: puede ser agudo, el cual es limitado en el tiempo y tiene escasos síntomas psicológicos. O crónico, que es ilimitado en la duración y está acompañado de componentes psicológicos. El primero de estos cumple una función protectora, mientras que el otro se prolonga luego de una lesión y en ausencia de esta.
- Según su intensidad: en este caso, se divide en leve durante el que se puede realizar actividades habituales, moderado el cual interfiere con estas, y severo que impide el descanso.
- Según su patogenicia: se dividirán en neuropático, producido por un estímulo del sistema nervioso central o por lesión de las vías nerviosas periféricas, se describe como un dolor punzante, quemante y con alodinia. Por otro lado, el dolor nociceptivo, el cual es más frecuente y se divide en:
 - Somático: dolor localizado, punzante que se irradia por los trayectos nerviosos, puede darse en la piel, los músculos y huesos.
 - Visceral: puede irradiarse a zonas alejadas del lugar de origen, es continuo y profundo.

En el año 2017 la *International Association for the Study of Pain* introdujo un nuevo descriptor mecanicista, el dolor nociplástico. El mismo es definido como:

Dolor que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o amenazado que cause la activación de los nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que causa el dolor (Kosek et al., 2021)

Zapardiel-Sanchez (2020) menciona que este nuevo término surge para diferenciarse del dolor neuropático, en donde el sistema somatosensorial tiene como función percibir y procesar los estímulos, se encuentra alterado, mientras que en el nociplástico éste, así como los tejidos nerviosos no están dañados o alterados. Además indica que está relacionado con factores psicosociales que generan cambios plásticos en las neuronas, induciendo señales falsas de daño en los tejidos, que llegan al cerebro, provocando un estado de alerta con manifestaciones de dolor

Cuando el dolor se convierte en crónico, realiza cambios en los procesos neuronales, produciendo una representación propioceptiva alterada, tanto del cuerpo como de la sensibilidad. Afectándose la corteza sensorial primaria, secundaria, motora y otras áreas influyentes (Pinto Concha et al, 2017. p.69).

Diversos investigadores afirman que debido a las disfunciones musculoesqueléticas y el dolor, el sistema nervioso central se reorganiza. Gracias a la neuroplasticidad la cual puede ser adaptativa o mal adaptativa. La misma, se define como la propiedad intrínseca del sistema nervioso que le permite adaptarse a los cambios ambientales, modificaciones fisiológicas y experiencias dolorosas.

A través de la neuroplasticidad se puede mejorar la efectividad de los tratamientos enfocando el mejoramiento en el rendimiento o desempeño motor y la reducción del dolor a través de la imaginación motora, donde el movimiento real es mejorado o sustituido por el ensayo mental de una tarea.

Según Pérez-Muñoz y Pérez-Martin (2018) el dolor crónico no desempeña una función protectora del organismo. Es considerado una enfermedad en sí misma que afecta a múltiples facetas de la vida cotidiana del sujeto que lo padece: personal, familiar, social y laboral. Con frecuencia se acompaña de trastornos emocionales tales como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, alteración del apetito, fatiga, problemas hormonales, disminución de la movilidad y trastornos del sistema inmunológico y gastrointestinal (p. 41).

Como factores psicosociales el miedo y la ansiedad relacionados con el dolor, conducen a la evitación de actividades. Influye sobre el aumento de la percepción de la experiencia dolorosa y puede provocar más discapacidad (p.44).

Finalmente Pérez-Muñoz y Pérez-Martin (2018) tienen en cuenta el modelo biopsicosocial del sujeto, que considera los factores cognitivos, emocionales y conductuales como así también el entorno social lo que es importante en la manifestación y desarrollo del dolor.

El dolor crónico tiene repercusiones multidimensionales, afectando la salud física y psicológica de quien lo padece, lo cual repercute en la autonomía, las actividades diarias, el empleo y el bienestar económico y la calidad de vida. Además hay otros factores que sumados al dolor impactan de forma negativa en la calidad de vida de las personas, entre ellos puede mencionarse a los socioculturales, el estilo de vida, etc. (Casals y Sampers, 2004, p. 261)

Casals y Sampers (2004) mencionan que:

Es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico no oncológico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica (p. 261)

III.d. Terapia de espejo.

En 1996 Ramachandran y Rogers-Ramachandran, a través de una serie de investigaciones con personas amputadas que padecían de dolor de miembro fantasma, describieron la terapia de espejo. “Esta se trata de la utilización de un espejo vertical sobre la mesa para reflejar la mano intacta y así se “superponga” sobre la posición sentida del fantasma” (Ramachandran y Rogers Ramachandran, 1996, p.178)

Los autores tenían la hipótesis de que el dolor de miembro fantasma se debía a la organización de los lóbulos cerebrales que se daba anterior a la amputación quirúrgica, por lo cual el cerebro se configuraba entendiendo que el miembro que luego sería amputado estaba paralizado. Los resultados de dichas investigaciones fueron positivos ya que la mayoría de los participantes lograron “desbloquear” su fantasma.

Esta herramienta se siguió estudiando y Moseley, entre otros autores, diseñó un programa integral de imaginería motora graduada la cual ayuda a activar de forma secuencial la memoria motora cortical. Este cuenta con tres pasos, el entrenamiento de la lateralidad, movimientos imaginativos de la mano y la retroalimentación visual. (Pringance & Stalka, 2011, p.165).

El *entrenamiento de la lateralidad* consiste en identificar correctamente imágenes de manos izquierdas y derechas realizando diferentes acciones, registrando el tiempo y la precisión. A lo largo de esta etapa se aumentaran la cantidad de imágenes y el nivel de dificultad. La idea principal del entrenamiento de la lateralidad es poder discriminar derecha e izquierda, determinando un esquema corporal intacto y activando las cortezas premotoras.

Imaginería motora o movimientos imaginativos de la mano se basa en pedirle al paciente que visualice diversas posturas de la mano sin movilizarla. Una vez que logra esto sin que le cause dolor, se pide que imagine la extremidad realizando un movimiento sin dolor. Estos movimientos imaginados causan activación de la corteza como si la extremidad se moviera en la realidad.

Terapia de espejo o retroalimentación visual implica el uso de un espejo donde la mano afectada se encontrará por detrás, mientras que la no afectada se verá reflejada en éste. Luego se le indicará al paciente que mire el espejo y mueva la mano sana mientras está se moviliza haciendo ilusión de dos miembros sanos e indoloros. Proporciona una retroalimentación sensorial positiva a la corteza engañando al cerebro para generar un patrón de movimiento sin dolor, pudiendo cambiar la percepción del paciente.

La terapia de espejo puede funcionar reduciendo la kinesiophobia [...] se rompe el vínculo entre el miedo al movimiento y el dolor. A través del uso repetitivo del espejo, el sujeto se vuelve menos ansioso por mover su extremidad afectada y, por lo tanto, el

comportamiento del sujeto cambia, el movimiento aumenta y la rehabilitación progresa.
(MacCabe, 2011, p.117)

III.e. Percepción.

Las personas interpretan las sensaciones a través de la percepción, para Vargas Melgarejo (1994)

esta no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social [...] Al respecto, Merleau-Ponty ha señalado que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo. (pp. 48-49)

Las experiencias sensoriales son moldeadas por pautas culturales e ideológicas, aprendidas desde la infancia. Por medio de la capacidad de pensamiento simbólico, el cual se conforma a través de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas de los grupos que se apropian del entorno. En la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influye sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales. Por consiguiente, la percepción pone de manifiesto el orden y la significación que la sociedad asigna al ambiente (Vargas Melgarejo, 1994, pp. 47-49)

El reconocimiento de las experiencias cotidianas constituye un factor crucial en la definición de la percepción. Dicho proceso resulta esencial, en tanto posibilita la evocación de aprendizajes y conocimientos previamente adquiridos, los cuales funcionan como referentes para la interpretación y comparación de nuevas experiencias, permitiendo su identificación y asimilación en la interacción con el entorno. En este sentido, el reconocimiento de las propiedades de los objetos constituye la base para la construcción y reproducción de modelos culturales e ideológicos que ofrecen marcos explicativos de la realidad bajo una lógica determinada, entre diversas posibles. En esencia, la percepción no es un proceso neutro, sino que está moldeada por marcos de referencia socioculturales que determinan cómo se interpreta e interactúa con el mundo. (p.49)

El proceso de la percepción involucra mecanismos vivenciales que operan tanto en el ámbito consciente como inconsciente de la psique humana. A través de esta dinámica psíquica, la apropiación de la información de los objetos y eventos del entorno permite al individuo crear y recrear evidencias sobre su existencia. Esta apropiación conduce a la elaboración de significados y la atribución de cualidades, las cuales se formalizan en categorías descriptivas que se inscriben dentro de las posibilidades de la sensibilidad. De esta manera, el entendimiento del mundo se realiza desde una perspectiva que está estructurada a partir de valores culturales e ideológicos. (p. 48-51)

IV. JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los estudios relacionados a la terapia de espejo en el síndrome de dolor regional complejo se han enfocado en los resultados clínicos y funcionales, dejando de lado las percepciones personales de los/as pacientes que son tratados con esta herramienta terapéutica. Esto representa una limitación, ya que cada persona percibe el tratamiento de acuerdo a su historia personal, valores culturales e interpretación subjetiva del dolor y la rehabilitación.

El síndrome de dolor regional complejo afecta la calidad de vida y la funcionalidad, dada la variabilidad en respuesta a los tratamientos, es indispensable explorar enfoques complementarios que integren las perspectivas del paciente.

La Terapia Ocupacional es una disciplina que está centrada en el sujeto y su participación significativa en las ocupaciones, por lo que es necesario considerar como los/as pacientes valoran y experimentan esta herramienta terapéutica. El propósito de esta investigación es realizar un aporte significativo a la disciplina, teniendo en cuenta no solamente el proceso rehabilitador sino también las necesidades, expectativas y experiencias individuales de cada paciente.

Además del aporte teórico, esta investigación podría tener implicaciones prácticas para la profesión, beneficiando a terapeutas ocupacionales tanto en formación como en el ejercicio, que deseen incorporar esta técnica como herramienta para la rehabilitación de síndrome de dolor regional complejo ofreciendo una mirada integral y centrada en la persona.

Asimismo, representa un recurso útil para pacientes y sus familias, al ofrecer una alternativa de tratamiento que potencialmente contribuya a mejorar su calidad de vida. De este modo, se espera contribuir tanto al desarrollo profesional como al fortalecimiento del enfoque centrado en la persona en los procesos de rehabilitación.

V. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativa, de diseño descriptivo y retrospectivo a través de estudio de casos. Hernandez-Sampieri (2018) menciona que las investigaciones cualitativas son “convenientes para comprender los fenómenos desde la perspectiva de quienes lo viven y cuando buscamos patrones y diferencias en estas experiencias y su significado” (p. 9).

Mediante el estudio de caso de tres pacientes que han padecido síndrome de dolor regional complejo y debido a esto han tenido que asistir a tratamiento de Terapia Ocupacional, en donde se ha utilizado la técnica de terapia de espejo en el inicio del tratamiento; se investigó las percepciones que tienen sobre la terapia de espejo en la disminución del dolor y los beneficios o limitaciones de la herramienta.

Las pacientes fueron contactados por medio de la Terapeuta Ocupacional que estuvo a cargo del tratamiento, quien funcionó como nexo entre las investigadoras y los/as sujetos investigados.

Previo al encuentro, se les proporcionó una hoja de consentimiento informado (Anexo I), la cual les brindó información inherente a la investigación, detallando el propósito de la misma. Este fue leído y explicado a los/as pacientes, los cuales debieron firmarlo para poder proseguir con el desarrollo de las entrevistas.

En cuanto al instrumento de recolección de datos, se utilizó una entrevista semiestructurada (Anexo II) que constaba de preguntas en relación al momento anterior, durante y posterior al tratamiento. La misma tuvo una duración aproximadamente de 20 a 30 minutos, dos entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial en un lugar público mientras que la tercera se realizó de forma virtual a través de la plataforma Meet de Google. Cada entrevista fue grabada con previo consentimiento de las entrevistadas y luego fueron transcritas para mejor comprensión de los resultados.

Las categorías de análisis para poder llevar a cabo la investigación fueron: cambios en la sensación del dolor, percepción de la terapia de espejo y beneficios o limitaciones del tratamiento.

Por último, los datos se analizaron a través de identificación y descripción de las percepciones de los/as pacientes, reconstruyendo las realidades y derivando a conclusiones individuales, para luego generar una perspectiva más general de cómo es percibida la terapia de espejo.

VI. RESULTADOS

A continuación se detallan los resultados obtenidos por medio de un estudio cualitativo mediante entrevistas a tres pacientes que habían cursado síndrome de dolor regional complejo y que asistieron a Terapia Ocupacional, donde se aplicó la terapia de espejo como herramienta de tratamiento. Las entrevistas se desarrollaron durante el mes de octubre de 2025 en la ciudad de Venado Tuerto, dos de ellas fueron realizadas de forma presencial y una mediante modalidad virtual, por medio de la plataforma meet de google.

En primera instancia se envió el consentimiento informado, una vez aceptado, se les remitió la entrevista semiestructurada previamente confeccionada, con el fin de facilitar su lectura anticipada y garantizar su decisión voluntaria a participar. El proceso de recolección de datos presentó modificaciones en el orden de las preguntas debido a la dinámica conversacional propia de las entrevistas cualitativas.

Las participantes fueron mujeres adultas: dos con compromiso de un miembro superior y la tercera en un miembro inferior. En todos los casos, el síndrome de dolor regional complejo se originó tras un traumatismo que produjo fracturas y requirió intervención quirúrgica, seguido de un período prolongado de inmovilización. Posteriormente las derivaron a Terapia Ocupacional para iniciar la rehabilitación. La fase inicial del tratamiento incluyó movimientos pasivos, aplicación de calor, técnicas de tapping, masajes, entrenamiento de la lateralidad e imaginación motora. Finalmente, cuando la terapeuta ocupacional lo consideró pertinente, se incorporó el uso de la terapia de espejo.

Entrevistada L.

La primera entrevistada refirió haber presentado como lesión previa un aplastamiento de la mano derecha ocurrido en su ámbito laboral provocado por una máquina sobadora de pastas. Como consecuencia, se indicó la colocación de una férula y la inmovilización del miembro durante un mes. Posteriormente, al retirarse la inmovilización comenzó a manifestar dolor intenso y constante acompañado de inflamación, hormigueo y enrojecimiento. Por este motivo, es derivada a tratamiento de Terapia Ocupacional

Los síntomas descritos interferían de manera significativa en su rutina diaria; sin embargo, la entrevistada continuó desempeñando su actividad laboral. El movimiento que mayor dolor le generaba era el cierre de la mano el cual definió como intensamente doloroso y constante.

La participante informó que las sesiones de Terapia Ocupacional tenían una duración aproximada de 45 minutos. En las primeras instancias del tratamiento no solo se implementó la terapia de espejo sino que también se utilizaron otras herramientas

terapéuticas tales como masajes, aplicación de calor y taping neuromuscular en muñeca y antebrazo. A partir de la cuarta sesión se incorporó la terapia de espejo de manera complementaria a ejercicios y masajes, intervención que se sostuvo durante diez sesiones. Finalizado el uso de esta herramienta se continuó con un abordaje orientado al fortalecimiento muscular. Cabe destacar que, inicialmente, las sesiones se realizaban con una frecuencia de dos veces por semana la cual posteriormente se redujo a una vez semanal.

La entrevistada manifestó que al inicio del tratamiento presentaba dudas respecto de la utilidad de la terapia de espejo, sin embargo con el transcurso de las sesiones comenzó a percibir modificaciones en la intensidad de la sensación dolorosa. Describió la ilusión de que su miembro superior derecho se encontraba sano, mientras que en el miembro superior izquierdo comenzaba a experimentar dolor. Señaló como principales beneficios la disminución del dolor y la mejora de los síntomas asociados lo cual incrementó su motivación para continuar asistiendo al tratamiento. Asimismo, refirió haber utilizado la terapia de espejo en su domicilio donde observó efectos similares a los percibidos durante las sesiones.

En relación con los cambios en la percepción del dolor indicó que al inicio este era intenso y constante; durante el desarrollo del tratamiento disminuyó progresivamente hasta no ser percibido al finalizar la intervención. Ante la consulta sobre cómo consideraba que la terapia de espejo había contribuido a la reducción del dolor en su vida cotidiana expresó: “Fue primordial; lo que antes realizaba con ayuda ahora lo hago de manera independiente, desde el trabajo hasta las actividades de la vida diaria”.

Finalmente, no refirió limitaciones en el uso de esta herramienta terapéutica.

Entrevistada G.

La segunda entrevistada, G. desarrolló síntomas de síndrome de dolor regional complejo tras la colocación incorrecta de un yeso luego de una fractura del dedo medio ocasionada por una agresión. Esta situación comprometió su mano hábil, impactando de manera significativa en sus actividades de la vida diaria y en el ámbito laboral. La entrevistada inicia Terapia Ocupacional por recomendación dado que previamente había realizado sesiones de Kinesiólogía sin evidenciar mejoras clínicas.

G. describió el dolor como agudo y punzante, refirió dificultad para cerrar el puño y realizar la pinza. Tras la incorporación de la terapia de espejo en el tratamiento observó una disminución progresiva del dolor, mejoras en la coloración de la piel y una reducción del edema, lo cual permitió la recuperación gradual de la capacidad funcional de la mano

afectada. Asimismo, relató que durante el proceso terapéutico se utilizaron otras herramientas complementarias tales como masajes, ejercicios con pelota orientados a mejorar la motricidad fina y la aplicación de taping neuromuscular.

La entrevistada poseía conocimientos previos sobre la terapia de espejo y la plasticidad neuronal por lo que no presentó prejuicios respecto a su utilización, favoreciendo la aceptación de la herramienta dentro del tratamiento. Se mostró constante en la realización de los ejercicios tanto dentro como fuera del consultorio y manifestó haber obtenido beneficios positivos sin identificar limitaciones asociadas al uso de la terapia.

En un primer momento, las sesiones se realizaban con una frecuencia de tres veces por semana, y posteriormente se redujo a dos sesiones semanales. En relación con la percepción del dolor refirió que inicialmente era intenso y agudo, pero que fue disminuyendo gradualmente a lo largo del tratamiento hasta desaparecer al final del mismo. Con la práctica sistemática de los ejercicios describió una mejora diaria y señaló no haber percibido repercusiones negativas en la mano contralateral. Además, comentó que durante la noche presentaba enrojecimiento de la mano afectada sin otros síntomas asociados.

Entrevistada M.

La tercera entrevistada presentó compromiso del pie derecho como consecuencia de una fractura por estrés del hueso escafoides. Atravesó múltiples intervenciones quirúrgicas y realizó consultas con diversos especialistas, permaneciendo durante tres meses en silla de ruedas. Refirió que durante ese período no recibió un diagnóstico certero ni una propuesta terapéutica favorable hasta que consultó con una especialista en dolor, quien le sugirió iniciar acompañamiento psicológico, realizar actividad física en medio acuático y llevar adelante un tratamiento de Terapia Ocupacional compuesto por veinte sesiones.

Según su relato, el dolor produjo un impacto significativo en su vida cotidiana, pasando de ser una persona altamente activa a limitar su movilidad a lo estrictamente necesario. El movimiento que mayor dolor le generaba era la marcha, particularmente al apoyar peso sobre el pie afectado. Al inicio del tratamiento se encontraba tomando medicación y utilizaba parches analgésicos, por lo que no pudo describir con precisión la intensidad del dolor. Al momento de la entrevista persistía la inflamación del miembro comprometido. No obstante, expresó que la terapia de espejo le permitía “olvidarse del dolor” durante el desarrollo de las sesiones.

Además de la terapia de espejo se implementaron otras herramientas terapéuticas orientadas a la reducción del dolor, tales como ejercicios de relajación y respiración controlada. Sin embargo, manifestó que estas estrategias no resultaron de utilidad para ella,

dado que no se consideraba una persona con facilidad para relajarse. Asimismo, realizó entrenamiento de la lateralidad en su domicilio, aunque no practicó la terapia de espejo de manera autónoma ya que percibía beneficios únicamente durante el tratamiento. En paralelo a la Terapia Ocupacional, realizó sesiones de Kinesiología.

M. relató que las sesiones se iniciaban con ejercicios de relajación seguidos por el entrenamiento de la lateralidad. A partir de la tercera sesión se incorporó la terapia de espejo la cual se utilizó hasta la finalización del tratamiento, completando las diecisiete sesiones restantes. Posteriormente al uso del espejo, se realizaban ejercicios de movilidad.

Ante la consulta acerca de las expectativas previas al uso de la terapia de espejo, manifestó haber presentado desconfianza debido a las experiencias negativas asociadas a las cirugías previas y consideraba que asistiría a las sesiones sin obtener beneficios significativos. Relató que, cuando se le propuso la utilización del espejo como herramienta terapéutica, inicialmente le pareció una intervención irrelevante; sin embargo, decidió continuar con el tratamiento por considerarse una persona comprometida con las indicaciones profesionales. Con el transcurso del tiempo, expresó que la terapia de espejo le resultó significativa y valiosa al percibir resultados positivos lo cual modificó su perspectiva respecto del proceso de rehabilitación.

Finalmente, no refirió limitaciones en el uso de la herramienta y describió una reducción parcial del dolor al finalizar el tratamiento, la cual atribuyó a una combinación de factores entre ellos la medicación, rehabilitación y actividad física. Al respecto, expresó: *“Yo llegué mucho más dolorida y me fui un poco menos dolorida. Igualmente no les puedo decir por qué; debe ser una sumatoria de la medicación con el uso de la rehabilitación y el ejercicio físico”*.

VII. DISCUSIÓN

Por medio de la presente investigación se planteó analizar las percepciones de los/as pacientes con síndrome de dolor regional complejo respecto de la terapia de espejo en su tratamiento. Los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas permiten comprender cómo las participantes vivieron la experiencia del dolor, cómo interpretaron el tratamiento y qué significado atribuyen a los cambios percibidos durante el proceso terapéutico. En general, las entrevistadas tenían antes de comenzar con el tratamiento una percepción del dolor intenso, agudo y punzante, sin embargo al finalizar las sesiones de Terapia Ocupacional, los resultados muestran percepciones favorables hacia la terapia de espejo, especialmente vinculadas al alivio del dolor y a la disminución de síntomas asociados, aunque esto dependió de la experiencia personal, el nivel de adherencia y las circunstancias clínicas y emocionales de cada caso.

Las entrevistadas coincidieron en la descripción del dolor como intenso, limitante y persistente, consistente con la clínica del síndrome de dolor regional complejo descrita por Calb et al. (2024) caracterizada por dolor desproporcionado, cambios autonómicos e inflamatorios. Malestar que influyó en sus actividades cotidianas, confirmando lo planteado por Pérez-Muñoz y Pérez-Martin (2018) quienes sostienen que “el miedo y la ansiedad relacionados con el dolor conducen a la evitación de actividades”.

En todas las entrevistas se manifestó que la terapia de espejo produjo algún nivel de alivio del dolor, ya sea de carácter inmediato, como en el caso de M, quien expresaba “olvidarse del dolor” durante las sesiones; o progresivo, al igual que sucedió en L. y G. quienes señalaron disminución del dolor, mejora del edema y de la coloración. Hallazgos que coinciden con lo señalado por Pringance y Stalka (2017) quienes sostienen que la retroalimentación visual tiene un papel fundamental en la reorganización cortical mediante mecanismos de neuroplasticidad adaptativa asociados a la activación de las neuronas espejo.

Es importante señalar que los beneficios se mantuvieron principalmente cuando las pacientes eran constantes en la práctica. En los casos de L. y G. quienes pudieron realizar los ejercicios con el espejo en su domicilio expresaron cambios sostenidos, mientras que M. refirió experimentar alivio solo durante las sesiones con la profesional. Este resultado coincide con MacCabe (2011) quien expresa que el uso repetido del espejo contribuye a la reorganización del movimiento y la reducción del miedo al tratamiento pudiendo generar mayor adherencia al mismo.

Un hallazgo significativo es que a medida que las pacientes observaron mejoras, modificaron su percepción de la herramienta y desarrollaron mayor confianza en el proceso

terapéutico. Tal como lo plantea Vargas Melgarejo (1994) la percepción es un proceso influido por experiencias, significados y el contexto socio cultural en el que uno se encuentra inmerso. En este estudio, la percepción inicial, en algunos casos de duda, se transformó en valoración positiva al vivenciar cambios. Puede decirse entonces que la experiencia durante el tratamiento configuró una nueva interpretación de eficacia y utilidad sobre la terapia de espejo.

Ninguna de las entrevistadas refirió limitaciones inherentes a la herramienta en sí misma. Sin embargo pueden identificarse como factores que condicionan su efectividad, el nivel de adherencia y constancia, ya que quienes utilizaron la herramienta en su hogar reportaron mejores resultados, y el uso de medicación como en el caso de M. en quien el tratamiento analgesico dificultaba discriminar la magnitud del cambio. Además, si bien no fue evaluado específicamente durante el transcurso de está investigación, es importante señalar que los factores psicosociales influyen en la percepción del dolor.

Respecto a las limitaciones del estudio es importante señalar que las entrevistadas habían finalizado el tratamiento hacía ya un año o más, por lo cual la introspección puede omitir detalles. Es necesario añadir que todas las participantes tomaban medicación para el alivio del dolor. También otro factor que puede limitar este estudio es el tamaño reducido de la muestra, por lo que no representa la totalidad de la población que padece síndrome de dolor regional complejo y se somete al uso de la terapia de espejo. Además al tratarse de una investigación de tipo cualitativa los hallazgos se centran en la experiencia subjetiva y no permite establecer relaciones causales aunque sí ofrece interpretaciones profundas y contextualizadas en base a la experiencia de cada paciente.

La evidencia cualitativa refuerza la importancia de incorporar el uso de la terapia de espejo como parte del abordaje del síndrome de dolor regional complejo dentro del tratamiento de Terapia Ocupacional, especialmente en las fases iniciales cuando el dolor limita la movilidad.

Entre las principales implicancias para la práctica profesional se destacan la necesidad del profesional de acompañar empáticamente el proceso del paciente, ya que como lo relató M, fue fundamental el apoyo de la terapeuta ocupacional para poder seguir con el tratamiento. Además es importante poner foco en la educación al paciente sobre la neuroplasticidad, ya que la comprensión de esta capacidad contribuyo a la adherencia en el caso de G. También es relevante favorecer la participación activa, permitiendo que la experiencia de control y mejoría influya de forma positiva en la percepción del tratamiento. Así como es valioso entrenar la técnica para su uso en el domicilio ya que su práctica sostenida potencia los efectos.

Finalmente se sugiere para futuras investigaciones contar con muestras mayores, de diversos contextos socioculturales y sin sesgo de género para ampliar la comprensión de la percepción de los pacientes. Investigaciones mixtas podrían aportar datos cuantitativos sobre la evolución del dolor y funcionalidad, integrando a su vez la experiencia subjetiva.

VIII. CONCLUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar las percepciones de pacientes con síndrome de dolor regional complejo respecto del uso de la terapia de espejo como herramienta en el abordaje desde la Terapia Ocupacional. Para ello, se tomaron como ejes los cambios en la sensación de dolor, la percepción general de la herramienta y los posibles beneficios o limitaciones asociados a su implementación.

En relación con los objetivos específicos, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada cuyo análisis permitió responder a la pregunta problema planteada inicialmente, ¿Cómo perciben los pacientes con síndrome de dolor regional complejo la terapia de espejo como herramienta en el tratamiento de Terapia Ocupacional?

Las personas entrevistadas presentaron cuadros de dolor persistente asociados a lesiones traumáticas en miembros superiores e inferiores, los cuales generaron un impacto significativo en el desempeño ocupacional. En todos los casos, el dolor fue descrito como intenso en las etapas iniciales acompañado de otros síntomas tales como inflamación, cambios en la coloración de la piel, hormigueo y limitaciones funcionales, lo que condicionó la participación activa en sus rutinas habituales.

En relación con la implementación de la terapia de espejo se observaron diferencias en cuanto al momento de incorporación, frecuencia y modalidad de uso; sin embargo, en todos los casos se sostuvo su aplicación durante varias sesiones dentro del consultorio.

Respecto a la percepción del dolor, las participantes coincidieron en señalar una disminución gradual de su intensidad a lo largo del proceso terapéutico. En dos de los casos, el dolor dejó de ser percibido al finalizar la intervención, mientras que en el restante se evidenció una reducción parcial, atribuida a la combinación de distintas estrategias terapéuticas y al uso de medicación. Asimismo, se reportaron mejoras en síntomas asociados tales como la reducción del edema, cambios favorables en la coloración de la piel y una recuperación progresiva de la función del miembro afectado.

En cuanto a las expectativas y percepciones frente a la terapia de espejo algunas entrevistadas manifestaron dudas o desconfianza inicial respecto de su utilidad. No obstante, con el transcurso de las sesiones todas refirieron una valoración positiva de la herramienta al percibir beneficios en relación con el dolor y el desempeño funcional. En ningún caso se identificaron limitaciones en su uso.

Finalmente, las entrevistadas destacaron que la disminución del dolor permitió un mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria y una mejora en la participación ocupacional, constituyendo un aspecto relevante dentro de su proceso de rehabilitación.

Los resultados obtenidos respaldan la hipótesis que se planteó en un primer momento al pensar en la pregunta problema y los objetivos de la investigación, ya que los mismos indican que la terapia de espejo contribuye a la reducción del dolor y de los síntomas asociados, lo cual favoreció una mayor motivación por parte de las pacientes para sostener el tratamiento, influyendo positivamente en la continuidad del mismo.

No obstante, es importante señalar que los hallazgos no pueden generalizarse debido al tamaño reducido de la muestra. Además, la percepción de la experiencia terapéutica es inherentemente subjetiva, por lo que las reflexiones aportadas por las participantes no representan necesariamente a la totalidad de personas con síndrome de dolor regional complejo que empleen esta herramienta en el marco de la Terapia Ocupacional.

Aun así, este estudio aporta elementos valiosos para la disciplina, al retomar conceptos vinculados con la calidad de vida y los factores psicosociales que pueden influir en ella, analizándolos como componentes esenciales de la vida cotidiana de las personas frente a los desafíos que atraviesan tanto en la ocupación como en el desempeño de sus actividades.

En este sentido, los resultados permiten profundizar la comprensión del rol de la terapia de espejo dentro de las intervenciones terapéuticas. Es necesario continuar investigando la herramienta desde una mirada integral de Terapia Ocupacional ya que la misma puede beneficiar a pacientes que se encuentren atravesando diversas patologías que interfieren con su autonomía e independencia, además de favorecer a profesionales que quieran ampliar sus herramientas terapéuticas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agorreta, E., Urteaga, G., Fernández, R., & Durán P. (2016). *Intervenciones del terapeuta ocupacional en rehabilitación física en Navarra*. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.
- Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (2024). *¿Qué es la Terapia Ocupacional?* [Terapia Ocupacional – AATO \(terapia-ocupacional.org.ar\)](http://terapia-ocupacional.org.ar)
- Barker Schwartz, K. (2008). Historia de la terapia ocupacional. En E. B. Crepeau, E. S. Cohn, y B. A. Boyt Schell (Eds.), *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (10a ed., pp. 5-13) Editorial Medica Panamericana. [Terapia ocupacional - Elizabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn \(OTR.\), Barbara A. Boyt Schell - Google Libros](#)
- Biedma Velazquez, L., Serrano del Rosal, R., & García Rodríguez, M. I. (2019). *Opiniones y actitudes: Percepciones sociales del dolor*. Centro de investigaciones sociológicas. [\(PDF\) Percepciones sociales del dolor](#)
- Bovaira Forner, M. T., García Vitoria, C., Calvo Laffarga, A. A., Desé Alonso, J., Tortosa Soriano, G., Bayarri García, V., Alcaina Vimbela, O., Ortega Romero, A., y Abejón González D. (2022). Actualizaciones en el abordaje terapéutico en el síndrome de dolor regional complejo. *Revista de la sociedad española del dolor*. 29(1), 34-50 <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v29n1/1134-8046-dolor-29-01-00034.pdf>
- Calb, A. E., Romero, M. M., Schiaffino, D. M., & Raijman D. (2024). Síndrome Doloroso Regional Complejo: Revisión. *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor*, 4, 62-77. [Art 1057-ESP_3.pdf](#)
- Casals, M., & Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la sociedad española del dolor*. 11, 260-269. [original1.pdf](#)
- Castro Alzate, E. S., Aguíá Rojas, K., Linares Murcia, L. V., Yanquén Castro, L., & Reyes Villanueva, V. (2016). Análisis bibliométrico: la terapia de espejo como estrategia de intervención desde la terapia ocupacional en el ámbito clínico. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 63-74. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56243931007>
- Cepeda Vega, L. C., & Gomez Blanco, M. A. (2019). Revisión sobre la efectividad de la terapia en espejo en el proceso de rehabilitación de miembros superiores en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista Iberoamericana de Psicología*,

- 13(2), 47-54. [Vista de Revisión sobre la efectividad de la terapia en espejo en el proceso de rehabilitación de miembros superiores en pacientes con accidente cerebrovascular](#)
- Edelvis Testa, D. (2013). Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959. *História, Ciências, Saúde* 20(4), 1571-1584. scielo.br/j/hcsm/a/Rvkh5k86858cMX35MgZx4cn/?format=pdf&lang=es
- Hernandez Lanas, O., & Navarrete Salas, E. (2019). La ocupación como elemento terapéutico de la práctica de la terapia ocupacional en personas con disfunción física. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 19(2), 87-93. [59584-libre.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](#)
- Hernandez-Porras, B. C., Plancarte Sanchez, R., Alarcon Barrios, S., & Samano Garcia M. (2017). Síndrome doloroso regional complejo: revisión. *Cirugía y Cirujanos*, 85(4), 366-374 [Síndrome doloroso regional complejo: revisión \(sciencedirectassets.com\)](#)
- Hernandez-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. [Metodología de la investigación. Rutas cuantitativa cualitativa y mixta-libre.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](#)
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2014, 23 de diciembre). Ley N°27051 *Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional*. Boletín Oficial. [Texto completo | Argentina.gob.ar](#)
- International Association For The Study Of Pain. (2020). *IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*. [revised-definition-flysheets_R2-1-1-1.pdf \(iasp-pain.org\)](#)
- Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Baron, R., Gilron, I., Harris, R. E., Mico, J. A., Rice, A., & Sterling, M. (2021). Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *The Journal of the International Association for the Study of Pain* 162(11), 2629-2634. [PAIN](#)
- Kosek, E., Cohen, M., Baron, R., Gebhart, G., Mico, J. A., Rice, A., Rief, W., & Sluka, A. K. (2016). Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *The Journal of the International Association for the Study of Pain* 157(7), 1382-1386. [PAIN](#)

- Mccabe, C. (2011). Mirror visual feedback therapy. A practical Approach. *Journal Hand Therapy* 24(191), 170-179.
- Merleau-Ponty, M. (1975) Fenomenología de la percepción. Península [Fenomenología de la percepción](#)
- Nabergoi, M., y Bottinelli, M. (2016). Terapia Ocupacional en Argentina. En S. S. Algado, A. Guajardo Cordoba, F. Corrêa Oliver, S. M. Galheigo y S. Garcia-Ruiz (Eds.) *Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. (pp. 63-68). Usach
- Pérez-Garrido, L., Gomez-Lechon, L., Manzano-Canabal, G., Martinez Gonzalez, O., Turrion Nieves, A., & del Pino-Montes, J. (2018). Síndrome de dolor regional complejo. *Medicine* 12(60), 3524-3532.
- Pérez-Muñoz, M., & Pérez-Martín, Y. (2018). Los factores psicosociales en el dolor crónico. Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *RIECS*, 3 (1) 2530-2787. <https://core.ac.uk/reader/230123810>
- Pinto Concha, S., Araya Quintanilla, F., & Gutiérrez Espinoza, H. (2017). Consideraciones y reconceptualización de teorías del dolor crónico asociado a disfunciones músculo esqueléticas y su implicancia en la plasticidad y reorganización cerebral: una revisión de la literatura. *Revista mexicana de neurociencia* 18(5) 64-74 [rmn175g.pdf](#)
- Pringanc, V. W., & Stalka, S. W. (2011). Graded motor imagery. *Journal Hand Therapy* 24(190), 164-169.
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipo de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología* 28(3) 139-143 [Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico](#)
- Ramirez Uricoechea, P., Reyes Toledo, S., Carrasco Rico, S., Valencia, M. F., Rojano Mejia, D., & Martinez Velazquez, J. (2016). Terapia de espejo para el tratamiento de dolor de miembro fantasma crónico en pacientes amputados. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitacion* 28(2-3), 49-53. [Terapia en espejo para el tratamiento de dolor de miembro fantasma crónico en pacientes amputados](#)

- Ramos Moralesm L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 16(2), 175-189. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Panapo. [Microsoft Word - el proceso de investigacion_carlos sabino.doc \(ugr.edu.ar\)](#)
- Torrez Cruz, M. F., & Hernandez, L. M. (2022). Importancia de la terapia ocupacional en las disfunciones físicas. *Boletín informativo de la Universidad de Mariana*, 9(2), 71-73. <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/3152/3452>
- Vargas Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* 4(8), 47-53. [Vista de Sobre el concepto de percepción | Alteridades](#)
- Zapardiel-Sánchez, E. (2020). Nueva clasificación del dolor: introduciendo el dolor nociplástico. *Neurorehab News* 4(1). [Vista de Nueva clasificación del dolor: introduciendo el dolor nociplástico](#)
- Zegarra Piérola, J. W. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta medica peruana* 24(2), 105-108 [Bases fisiopatológicas del dolor](#)

X. ANEXOS

Anexo X. a. CONSENTIMIENTO INFORMADO LIBRE Y VOLUNTARIO

Hoja de información:

Quienes firman Astudillo, Rocío y San Martín, Nayibe le proponen participar de la Tesina que les otorgara el título de grado para concluir la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

El objetivo de esta investigación consiste en analizar la percepción de los pacientes con síndrome de dolor regional complejo sobre la terapia de espejo como herramienta en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

La investigación se llevará a cabo por medio de una entrevista semiestructurada de formato presencial o virtual, la cual se encontrará orientada a poder recabar información sobre las percepciones de los/as pacientes con síndrome de dolor regional complejo utilizando como herramienta la terapia de espejo durante el tratamiento.

La duración de la entrevista será de aproximadamente de 20 a 30 minutos y si usted lo desea puede leerla antes del encuentro. En el transcurso de la misma se harán notas por escrito y se realizará grabación de voz, siempre y cuando usted lo permita.

Su participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no será beneficio ni riesgo alguno. No implicará para usted ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento una vez comenzada la actividad, si usted así lo desea.

Cabe aclarar que esta es totalmente anónima y se asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos.

Firma:

Firma:

Anexo X. b. HOJA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LIBRE Y VOLUNTARIO:

A través de mi firma, certifico que he leído la hoja de información adjunta, la cual corresponde a la investigación a la que se me solicita participar. Me comunicaron los objetivos y mis derechos, he preguntado y recibido respuesta satisfactoria con respecto al proceso de investigación y estoy dispuesto/a a participar.

Recibo a la fecha una copia de este documento.

Firma de las entrevistadoras:

DNI:

Firma: Aclaración:

DNI:

Firma: Aclaración:

Firma de la directora de la tesina:

DNI:

Firma: Aclaración:

Firma del/la entrevistado/a:

DNI:

Firma: Aclaración:

Anexo X. c. ENTREVISTA:

1) Etapas anteriores al tratamiento

- ¿Hubo una lesión previa al síndrome de dolor regional complejo, o podría explicar cómo comenzó el proceso doloroso?
- ¿Cómo llegó al servicio de Terapia Ocupacional? ¿Usted fue derivado?

2) Intensidad del dolor.

- Antes de comenzar con Terapia Ocupacional ¿El dolor dificultaba su rutina diaria? ¿De qué manera?
- ¿Ante qué movimientos usted refería más dolor?
- Si tuviera que definir el dolor al momento anterior a utilizar la terapia de espejo como lo describiría?
- Al pasar el tiempo utilizando la terapia de espejo en el tratamiento de Terapia Ocupacional ¿notaba mejoras en la reducción del dolor y síntomas asociados? ¿Cuáles y de qué forma? Por ejemplo: disminución de la tumefacción o hinchazón, disminución de la coloración rojiza de la piel, disminución del edema, normalización de la sudoración, etc.
- ¿Hubo otras herramientas utilizadas para la reducción del dolor? ¿Cuáles?
- ¿Cuáles son los beneficios que usted logra identificar con dicha herramienta?

3) Terapia de espejo en terapia ocupacional:

- Podría recordar y contarnos cómo se llevó a cabo el tratamiento, desde el inicio hasta el final
- Al momento de comenzar con el tratamiento de Terapia Ocupacional ¿Cuáles eran sus dudas?
- ¿En qué momento del tratamiento de Terapia Ocupacional comenzó a utilizarse la terapia de espejo? ¿Cuánto tiempo duró?
- ¿Notaba cambios en el dolor con la utilización de la terapia de espejo en una misma sesión?
- Sí hubo cambios utilizando esta herramienta, ¿De qué manera cambiaba su perspectiva en cuanto a la rehabilitación?
- ¿Cómo se sentía ante la propuesta de utilizar en su rehabilitación un espejo?
- ¿Utilizó la terapia de espejo en su hogar? Si la respuesta es sí, ¿Podría mencionarnos los beneficios que le aportaba?

- ¿Cómo cree usted que la terapia de espejo contribuyó a la reducción del dolor en su vida cotidiana?
- ¿Qué limitaciones notó en la utilización de está herramienta?
- ¿Podría describir los cambios en la percepción del dolor desde el inicio al final del tratamiento?

