

Diferencias en las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento, de los terapistas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva.

Equipo Docente: Dra. TO. Mariela Nabergoi, Lic. TO Luisa Rossi, Lic. TO. Florencia Itovich

Diacojimena, DNI 38.797.468, mail: diacojimena@gmail.com

Hurtado Daniela Trinidad, DNI 38.588.213, mail: trinidadhurtado8@gmail.com

Rotondo María Agustina, DNI 37.843.844, mail: agustina.rotondo@gmail.com

Fecha de presentación: 04/12/2018

AGRADECIMIENTOS

A nuestras profesoras, Mariela Nabergoi, Luisa Rossi y Florencia Itovich, quienes nos guiaron en el proceso de investigación.

A quienes colaboraron en la investigación participando de las entrevistas, y aportando su tiempo, conocimientos y experiencias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. ÁREA Y TEMA	3
1.2. PALABRAS CLAVE	3
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO	3
1.4. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN	10
1.5. MARCO TEÓRICO	11
1.6. SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN	28
1.7. OBJETIVOS	29
2. METODOLOGÍA	29
2. 1. TIPO DE DISEÑO	29
2. 2. DISEÑO DEL UNIVERSO Y LAS MUESTRAS	31
2. 3. MATRIZ DE DATOS	32
2.4. FUENTES DE DATOS	40
2.5. INSTRUMENTOS	40
2.6. ASPECTOS ÉTICOS	41
2.7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	43
3. RESULTADOS	45
4. CONCLUSIONES	51
5. BIBLIOGRAFÍA	54
6. ANEXOS	62

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ÁREA Y TEMA

Diferencias en las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento, de los terapeutas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva.

1.2. PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional, proceso de tratamiento, narrativas de los pacientes, razonamiento profesional, enfermedad neurológica adquirida.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

La profesión de Terapia Ocupacional interviene con diferentes tipos de población, entre las cuales se encuentran las *enfermedades neurológicas*. “Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos” (OMS, 2016).

Cuando aparece un traumatismo que conlleva una enfermedad neurológica adquirida, la persona comienza un período de adaptación a la discapacidad, que incluye un contexto ambiental y sociolaboral en el que la persona se desarrolla, y se establecen dos dimensiones: la personal (ligada a la adaptación psicológica) y la social y ambiental (más ligada hacia la inclusión, la inserción y la integración) (Zabala Baños, 2016).

Ferreira (2008) aporta que la vida cotidiana de las personas con discapacidad, se encuentra sujeta a la singularidad de la discapacidad, la cual implica un sentido en el contexto donde se desarrolle: provoca ciertas limitaciones y éstas tendrán su representación según el tiempo y el lugar. La persona con discapacidad es identificada por los otros, la sociedad, al salir de la norma y ser “diferente”. Es decir, que la identidad no es construida, sino otorgada de manera

negativa, por la diferencia, el déficit, excluyente. Es la sociedad quién discapacita a las personas.

Es por esto, que se plantea el concepto de las *narrativas de los pacientes* que establece Rondina (2011), quien considera que la narración permite dar significado a las experiencias, y por lo tanto tiene la función de construir o reconstruir la identidad de los sujetos. Además describe el concepto de constructivismo como una representación de la realidad de cada ser humano, y que explica que cuando estas construcciones no son funcionales para la persona, ésta y su entorno pierden significación, sentido.

Kielhofner (2004), citado por Rondina (2011) dice:

“Cuando las personas se sienten capaces y eficaces buscan oportunidades, utilizan la retroalimentación para corregir el desempeño y perseveran para lograr los objetivos. Por el contrario, los individuos que se sienten incapaces y carecen de sentido de eficacia se alejan de las oportunidades, evitan las opiniones y tienen problemas para ser persistentes.” (p. 4).

Existen historias dominantes en la vida de las personas, y si esta dominancia es limitante, es posible que se dejen de lado experiencias relevantes así como crear ideas negativas sobre la propia identidad. Generalmente, esto es lo que sucede con las personas que aborda Terapia Ocupacional. Los sujetos destacan los déficits y limitaciones por sobre las capacidades y oportunidades, provocando interpretaciones y significaciones entorpecidas, que afectan su vida cotidiana (Rondina, 2011).

Por su parte, desde la década de 1980, científicos sociales redescubrieron la importancia de la narrativa como experiencia humana, en consecuencia, se incrementó el interés en las historias de los pacientes en los campos de atención de la salud. (Clark y Mishler, 1992; Kleinman, 1980; Mishler, 1984; Polkinghorne, 1988; recuperado por Crepeau y Cohn, 2011).

Tales autores comentan que en esa época se realizó un estudio etnográfico del razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales, en un hospital escuela grande, dirigido por Cheryl Mattingly. Mediante observación, entrevistas con terapeutas, clientes y registro en videos de grabación de sesiones de terapia ocupacional, se persiguió el objetivo de obtener y analizar historias que surgían en las intervenciones de Terapia Ocupacional. Como resultado, se observó que los terapeutas utilizaban diferentes formas de conversación para explicar su

trabajo a los diferentes clientes. A su vez, se comprobó que los terapeutas junto a los clientes crean en colaboración narrativas significativas en el contexto de una vida con la enfermedad o la discapacidad.

Frank (1995) citado por Crepeau y Cohn (2011) proponen tres tipos de narrativas: narrativas de restitución, narrativa del caos y narrativa de búsqueda. Dichas narrativas, corresponden a la forma de narrar la situación de enfermedad/discapacidad que tiene el cliente en el proceso de tratamiento. La *narrativa de restitución*, apunta al rol de la medicina para curar, la persona relata su historia poniendo énfasis en el poder restaurador de la medicina. La *narrativa del caos* sugiere la pérdida de un hilo conductor en el relato, en donde la persona no se expresa como personaje activo en ella, sino que al estar tan inmerso en la enfermedad las personas pierden la capacidad de reflexionar para ordenar e interpretar su experiencia. En cuanto a la *narrativa de búsqueda*, la voz y el protagonista del relato es la persona identificado por sí mismo como el portador del poder de transformación, su relato toma a la enfermedad como parte de su historia, sin embargo el enfoque está puesto en la transformación a partir de ésta.

Boyt Schell (2005) indica que los terapeutas ocupacionales cuentan con un *razonamiento profesional*, definido como un proceso presente durante toda la práctica, cuya finalidad es planificar, dirigir, realizar y reflexionar acerca de las intervenciones. Identifica diferentes aspectos de este razonamiento: la adquisición de información mediante la observación clínica y entrevistas; reconocimiento de patrones de ejecución; enfocar los problemas, e identificar métodos de solución de los problemas planteados.

Varios tipos de razonamientos conforman el razonamiento profesional según Boyt Schell (2005): El razonamiento científico, el razonamiento pragmático, el razonamiento ético, el razonamiento interactivo, el razonamiento condicional y el razonamiento narrativo. Este último permite construir o reconstruir la historia de vida del paciente y el impacto de la enfermedad en él. “El uso de historias de vida también es evidente cuando se seleccionan actividades tanto por su potencial de curación como por su significado particular para la persona” (Boyt Schell, 2005, p. 320).

La autora explica que todos estos razonamientos actúan en simultáneo durante todo el proceso de intervención, permitiendo al terapeuta ocupacional aplicar sus conocimientos sobre las

enfermedades y sobre métodos científicos y lógicos, significar la narración del paciente y su entorno social, ajustar las condiciones de tratamiento de acuerdo al ámbito de ejercicio.

En relación a lo expuesto anteriormente, Polonio López (2001) sostiene que el objetivo de la Terapia Ocupacional es mejorar la calidad de vida de las personas, proporcionándoles a éstas la mayor independencia en el desempeño en las actividades, pero teniendo en cuenta, siempre, lo fundamental que es aceptar y respetar las diferencias que se puede tener con el cliente en cuanto a valores, creencias, costumbres, cultura, etc.

Polonio López, Ayres (2011) conceptualizan “*colaboración centrada en el cliente*”, como un término fundamental para el ejercicio de la Terapia Ocupacional; “la colaboración comprende un proceso dinámico de información compartida y negociación (...)” “(...) los clientes deben ser capaces de expresar sus preocupaciones y tener la voluntad de hacerlo. Los profesionales deben luchar por comprender esas preocupaciones mientras comparten también su experiencia y conocimiento técnico” (Ayres, 2011, p. 287).

Ayres (2011) sugiere que el ideal de colaboración en nuestra profesión se contempla bajo el concepto de práctica centrada en el cliente. Dicha práctica tiene características específicas: respeto por las elecciones del cliente y su familia; reconocimiento de la responsabilidad final de tales elecciones; brindar información específica (como profesionales de la salud), apoyo emocional y confort físico; facilitar la participación activa y resolución de problemas del cliente en el proceso de Terapia Ocupacional, reconocimiento de la relación persona-ocupación-entorno y el enfoque en ésta y prestación de servicios individualizados y flexibles.

El *Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional*, es el modelo de la profesión que refleja las características de la práctica centrada en el cliente mencionadas anteriormente. Concibe a la persona como un ser global, único y valioso (Polonio, Rueda, 2003). Además tiene en cuenta las ocupaciones que desempeñaba la persona antes de la enfermedad.

Su enfoque se centra en las necesidades del paciente, el cual participa activamente en el tratamiento de Terapia Ocupacional y de acuerdo con sus intereses, su cultura y estilo de vida, establece sus prioridades. De esta manera, el paciente motivado en el tratamiento coopera en el proceso direccionado a su independencia. (Bonetto, Roselló, Ron, Swinnen, 2012).

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional “(...) es un modelo por el cual el profesional de salud asiste a la persona a identificar los problemas que se le presentan en su

rutina diaria en las áreas de autocuidado, productividad y tiempo libre” (Bonetto, Roselló, Ron, Swinnen, 2012, p. 37). “El papel que desempeña el terapeuta ocupacional en este modelo es el de asesor especializado que conoce una serie de métodos, técnicas, procedimientos, herramientas, recursos, etc., que pueden facilitar a la persona la resolución del problema funcional que padece” (Polonio, Rueda, 2003, p. 32).

Este modelo se caracteriza por tener en cuenta la relación entre la persona, el ambiente y la ocupación, considerándolos dinámicos e interdependientes entre sí. Así, los cambios ocurridos en cualquier parte de la interacción persona-ambiente-ocupación afectarán el desempeño ocupacional de la persona en cuestión.

El desempeño ocupacional resulta de esta interacción, e implica

“(…) la habilidad de elegir, organizar y realizar en forma satisfactoria una ocupación significativa que esté definida culturalmente, que sea acorde a la edad del sujeto, que aporte a la búsqueda de sí mismo y de una vida satisfactoria y que colabore en la construcción social y económica de la sociedad” (Bonetto, Roselló, Ron, Swinnen, 2012, p. 37).

Además, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, considera que la espiritualidad del paciente se encuentra en la interacción persona-ambiente-ocupación. Reconoce a las personas como seres espirituales, y respeta las creencias, valores y objetivos personales. Teniendo en cuenta que “la espiritualidad reside en la persona, es marcada por el ambiente y da significado a las ocupaciones” (Bonetto, Roselló, Ron, Swinnen, 2012, p. 37), al seleccionar ocupaciones terapéuticas, deben tener relevancia y significado para el paciente y éste debe tener la oportunidad de determinar cómo participar en las actividades.

La colaboración centrada en el cliente presenta un desafío en relación a las prácticas tradicionales de atención de salud, donde el modelo médico proponía la idea de poder y control de las decisiones médicas recaen sólo en los profesionales debido a sus conocimientos superiores y autoridad. “Estar centrado en el cliente en estos contextos, desafía a los profesionales a defender a los clientes, cuyas voces de otro modo podrían no ser oídas, y a brindar liderazgo en la promoción del cambio dentro de la institución” (Fearing y Ferguson-Pare, 2000, citado por Ayres, 2011, p. 288). Además, representa un desafío relacionado con los factores personales tanto de los profesionales de Terapia Ocupacional y de los clientes, requieren de habilidades comunicativas de alto nivel y de interacción personal sofisticadas.

Así mismo, la filosofía de Terapia Ocupacional comprende la *visión holística* del ser humano. Mosey (citado por Polonio López, Durante Molina y Noya Arnaiz, 2003), indica que la Terapia Ocupacional comprende las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de las personas.

“El ser humano se ve como una realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural. Ésta es una característica fundamental de la filosofía de la Terapia Ocupacional desde sus principios. El concepto de holismo resalta no sólo la existencia de una relación causa-efecto, sino también, la existencia de una relación con un orden mayor de funcionamiento. Este funcionamiento depende de la red de relaciones dentro del sistema. El holismo orienta a los terapeutas a reconocer cómo se interrelacionan los fenómenos”. (Polonio, Durante, Noya, 2003, p. 60).

Se destaca lo significativo que resulta la mirada holística que supone la Terapia Ocupacional, así como la práctica centrada en el cliente, teniendo en cuenta las perspectivas de éstos, sus intereses y creencias durante las intervenciones, y que no debe (el profesional) excluir tales concepciones en su razonamiento a la hora de llevar a cabo el proceso de Terapia Ocupacional.

Polonio López dice:

“Las técnicas, métodos y actividades de tratamiento que utilicemos deben estar de acuerdo con los principios éticos del terapeuta ocupacional, pero, sobre todo, deben respetar las preferencias, prioridades, deseos, creencias y valores del cliente, preponderando los de éste, cuando existe conflicto con los del profesional” (2001, p. 44).

Giovanni Berlinguer (2003) describe los principios éticos de la medicina, y la influencia del mundo económico actual sobre éstos. Menciona el principio de beneficencia y autonomía, tomando el primero como el que orienta a lo fines morales dónde debe dirigirse la medicina; y en segundo lugar a la autonomía como concepto que afirma que cada persona tiene capacidad y derechos propios.

Berlinguer (2003) indica que en las últimas décadas es posible encontrar discrepancias entre la ética de los profesionales de la salud y su práctica cotidiana. El paternalismo sobrepasó a la

autonomía personal. De esta manera, los pacientes son concebidos como sujetos pasivos en su proceso de salud. Reaman (citado por Berlinguer, 2003), manifiesta que la asistencia sanitaria como bien social está transformándose en comercialización. Compara el profesionalismo médico con el empresariado y a la asistencia sanitaria con la industria. Berlinguer (2003) sostiene que el comercio tiene como finalidad generar consumo, prescindiendo de sus intereses; y por el contrario, en el ámbito médico priman los intereses del paciente y son éstos los que orientan las acciones profesionales. No obstante, Guajardo Córdoba (2012) comenta que la Terapia Ocupacional, que históricamente se centró en la discapacidad, se ha ido orientando hacia “(...) una comprensión más subjetiva de la persona, donde lo central pasa a ser los significados y sentidos de las ocupaciones en contextos socioculturales particulares. La centralidad pasa a ser lo narrativo, mirada que se sustenta desde vertientes constructivistas” (Guajardo Córdoba, 2012, p. 23).

Según Berlinguer (2003), actualmente, respecto a la salud, en la sociedad se podrían distinguir dos paradigmas diferentes y contradictorios en cierto punto: por un lado el modelo social, que se rige por los derechos humanos, incluyendo el de las personas con discapacidad, y el concepto de autonomía principalmente; y por otro lado, el modelo capitalista que convierte a la salud en un negocio, a los profesionales en comerciantes y a los pacientes en consumidores. Se considera que los modelos mencionados, influyen en la práctica de la Terapia Ocupacional, ya que desde la perspectiva del mercado, los intereses, deseos y narrativas de los pacientes, caracteres de la filosofía de la profesión, pueden ser menospreciados.

Se encuentra una relación conflictiva entre el paradigma de la profesión centrado en el cliente -donde el paciente es protagonista, participe activo y responsable de su tratamiento al igual que el profesional que le brinda el servicio de atención-, y las reglas del mercado vigentes en el mundo actual.

Por esto nos preguntamos: ¿Cuáles son las diferencias en las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento, entre los terapeutas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva?

1.4. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Se considera que esta investigación es de *relevancia científica* ya que el conocimiento generado a partir de ésta, tiene una función de herramienta para la planificación e intervención de la práctica profesional. Como aporta Montes, Esmerode y Touceda “(...) la crítica es el lugar privilegiado para la producción de conocimiento.” (2012, p. 23). La finalidad es ubicarse en un espacio que permita una mirada crítica hacia la profesión, para brindar conocimientos y posibles mejoras en las intervenciones de los terapeutas ocupacionales, especialmente de aquellos que se desempeñan dentro de la práctica centrada en el cliente. De todas maneras, esta investigación podría servir para que todos los terapeutas ocupacionales juzguen su ejercicio, así como otros profesionales de la salud. La intención es transferir el trabajo científico al ámbito profesional, no sólo de la Terapia Ocupacional, en pos del trabajo en común con el paciente durante el tratamiento para lograr alcanzar la evolución favorable de éste.

Es por esto que se considera que la investigación es *relevante socialmente*; se estima que los resultados de la investigación lograrían proporcionar a los pacientes, a los terapeutas ocupacionales y a otros profesionales de la salud, reflexión y autocritica de ambos actores y facilitar una aproximación de empatía -es decir considerando, contemplando y comprendiendo al otro- conociendo lo objetivo y subjetivo que conlleva un proceso de tratamiento desde ambas posiciones, profesional de la salud-paciente.

También posee *relevancia práctica*, ya que se espera que el trabajo colabore en la cohesión entre las perspectivas del terapeuta ocupacional y el paciente, influyendo en la mejoría de la intervención del tratamiento. Además se espera que contribuya a resolver problemas éticos en el proceso de tratamiento. Se brinda la posibilidad de repensar la labor cotidiana del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional, desde la práctica centrada en el cliente, para corroborar si se considera la perspectiva del cliente durante el mismo.

Teniendo en cuenta todos los aspectos antes mencionados, se cree que el trabajo de investigación puede ser *relevante teóricamente*, contribuyendo a reflejar los lineamientos filosóficos y prácticos obtenidos del estudio de las narrativas de los pacientes y de los terapeutas ocupacionales, relacionados con las perspectivas de los mismos acerca del proceso de tratamiento, en material científico que puede ser utilizado y tomado en cuenta por cualquier actor social que lo considere pertinente.

1.5. MARCO TEÓRICO

Abberley (1998) compara dos paradigmas de la discapacidad: existe una *teoría tradicional* que establece el problema de la discapacidad en la deficiencia del individuo y en sus limitaciones personales. En contrapartida, el *modelo social* manifiesta que la discapacidad es el resultado de la incapacidad de adaptación de la sociedad a las necesidades de las personas con discapacidad.

“(…) la discapacidad poseería dos dimensiones: existe una “*situación de discapacidad*”, es decir, ciertas condiciones generales -tanto cuantitativas como cualitativas- que la discapacidad incorpora como atributos objetivos en un contexto en particular, y una “*condición de discapacidad*”, que evidenciaría la experiencia individual de estas condiciones generales objetivas como vivencia subjetiva de la persona. Así situación y condición han de ser entendida como dos caras o aspectos inseparables de la discapacidad: la cara “objetiva” y la cara “subjetiva” de la misma” (Ferrante y Ferreira, 2007).

“La presencia de una disfunción física sobrevenida por enfermedad o traumatismo cambia la vida de una persona y la obliga a vivir ahora de una manera diferente, que afecta a su proyecto vital, exige que lo modifique y la lleva a tomar decisiones que nunca imaginó que debería plantearse.” (Zabala Baños, 2016, p. 106).

En esta investigación se consideraron aquellas enfermedades neurológicas adquiridas que se observaron en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina.

En primer lugar se menciona la *esclerosis múltiple* (EM) que se define como: “Una enfermedad progresiva que cursa con la aparición de lesiones inflamatorias focales (placas) en la sustancia blanca cerebral, en las que lo más llamativo es la pérdida de mielina (desmielinización), con preservación relativa de los axones en la fase precoz, aunque puede estar muy afectada en las fases finales” (Carretero Ares, Bowakim, Acebes Rey, 2001, p. 3).

Los signos clínicos que caracterizan la enfermedad son alteraciones motoras, alteraciones sensitivas, cerebelosas, de tronco cerebral, alteraciones en control de esfínteres. Entre todos ellos, se caracterizan fatiga exacerbada, atrofia muscular, dolor, trastornos afectivos

relacionados con la depresión, trastornos cognitivos relacionados con alteración de la memoria reciente, función verbal, lenguaje y percepción visual (Carretero Ares, Bowakim, Acebes Rey, 2001).

Según Carretero Ares, Bowakim, Acebes Rey (2001), existen cinco variantes o formas evolutivas de la esclerosis múltiple que se describirán a continuación:

Forma recurrente recidivante (RR): Se trata de episodios o brotes de disfunción neurológica que se repiten a lo largo del tiempo y dejan secuelas con mayor o menor grado de reversibilidad.

Forma secundaria progresiva (PS): Alrededor del 50% de las formas RR tras un periodo de 10 años, comienzan a tener mayor número de brotes y secuelas.

Forma primaria progresiva (PP): sólo un 10% de los pacientes presentan esta forma que se inicia con brotes invalidantes, sin respuestas a tratamiento.

Forma progresiva recurrente (PR): exacerbaciones o agravamientos ocasionales tras un curso progresivo.

Forma benigna (FB): Permite al paciente preservar su capacidad funcional en todo el sistema neurológico, 10-15 años después de la presentación de la enfermedad. En algunos casos puede derivar a la forma PS.

En relación al pronóstico de la enfermedad, se considera que son variables pronósticas favorables la edad temprana del diagnóstico, género femenino, los síntomas de comienzo visuales y sensitivos. En cambio, se consideran factores desfavorables el género masculino, edad de diagnóstico superior a los 40 años, que comience por síntomas motores y cerebelosos, la recurrencia precoz tras el primer brote y el curso progresivo de la enfermedad. Se aproxima que una vez diagnosticado el paciente, esperanza vital es de 25-35 años (Carretero Ares, Bowakim, Acebes Rey, 2001).

Otra enfermedad es la *lesión medular* que se puede definir como: “Todo proceso patológico de cualquier etiología, que afecta a la médula espinal y puede originar alteraciones de la función motora, sensitiva y autónoma. La etiología de la lesión medular puede ser de origen congénito, traumático o de causa médica.” (Domínguez, Lozano Berrio, 2015, p. 381). Para catalogar las lesiones medulares se utiliza la Clasificación Neurológica ASIA por sus siglas

en inglés (American Spinal Injury Association). Se trata de un método de valoración motora y sensitiva. Para el primer caso se exploran diez músculos en los miembros superiores y cinco en los miembros inferiores y se procede a valorar el balance muscular en una escala que puntúa de 0 a 5. En el segundo caso, se evalúa la sensibilidad superficial y la profunda en cada uno de los 28 dermatomas, utilizando una escala de 0 a 2. La puntuación total es un reflejo de la afectación global de la persona.

Otro determinante fundamental en las lesiones medulares es el nivel de la lesión. El segmento de la médula que se encuentre dañado determinará las afectaciones que se produzcan en la persona, que puede poseer una lesión completa o incompleta, y una alteración sensitivo o motora y sus combinaciones posibles.

Otra enfermedad es la de *Guillain Barré*, la cual es definida como una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen idiopático. Se caracteriza por debilidad muscular y arreflexia. (Puga Torres, Padrón Sánchez, Bravo Pérez, 2003).

Los síntomas iniciales de esta enfermedad son alteraciones sensitivas, que consisten en sensaciones de “adormecimiento” y “alfilerazos” en los dedos de los pies y en las manos. Luego se presenta debilidad muscular, generalmente inicia en los miembros inferiores y se expande a otras zonas. Esta debilidad puede ser progresiva y afectar sucesivamente piernas, brazos, músculos respiratorios y pares craneales.

El Guillain Barré evoluciona en 3 fases: de progresión, estabilización y regresión, que suele completarse en 3 a 6 meses. La mayoría de los pacientes se recuperan completamente o con algunos déficits; una pequeña parte, queda secuelas permanentes y una mínima proporción de pacientes enfermos muere.

Los factores asociados con un mal pronóstico son: edad mayor de 60, progresión rápida de la enfermedad (menos de 7 días), extensión y severidad del daño axonal (amplitud motora distal media menor del 20 % de lo normal), enfermedad cardiorrespiratoria preexistente, y tratamiento tardío. (Puga Torres, Padrón Sánchez, Bravo Pérez, 2003).

El *accidente cerebrovascular (ACV)*, es otra enfermedad tratada en la institución, según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), citada por Oleñik, Cudas, González (2016) es “(...) el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con

síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular” (p. 30).

El ACV es el daño cerebral agudo por disminución del flujo sanguíneo o hemorragia en un área del cerebro, dando como resultado isquemia del tejido cerebral y el correspondiente déficit neurológico (Oleñik, Cudas, González, 2016). Es un síndrome clínico de lesión cerebral que se produce cuando la irrigación sanguínea del cerebro se ve comprometida ya sea por irrupción o por derrame de sangre en el cerebro o alrededor del mismo. (Instituto del corazón de Texas, s.f.)

Cuando la sangre no puede llegar a ciertas partes del cerebro, se interrumpe el suministro de oxígeno a esas zonas, esto se denomina isquemia. Sin oxígeno, mueren las células cerebrales. Cuanto más tiempo esté el cerebro privado de sangre, más grave será el daño cerebral. La zona de tejido muerto ocasionado por la isquemia se denomina infarto. (Rojas, Zurru, Patrucco, Romano, Riccio, Cristiano, 2006).

La irrigación sanguínea puede interrumpirse por medio de dos mecanismos, el primero ocurre cuando un émbolo o trombo obstruye una arteria del cerebro o cuello causando así un accidente cerebrovascular isquémico; el segundo ocurre cuando se rompe una arteria debilitada que irriga al cerebro causando así un accidente cerebrovascular hemorrágico. (Instituto del corazón de Texas, s.f.)

El cerebro es el órgano principal relacionado con el centro de control de las funciones vitales del organismo. Cuando éste sufre alguna lesión, los síntomas y signos clínicos pueden tener gran variabilidad desde alteraciones motoras como hemiparesias/hemiplejías, cognitivas como demencias, alteración de la memoria, del lenguaje (afasias), sensoriales (alteraciones relacionadas con los 5 sentidos), emocionales (alteraciones en los estados de ánimo) y de conducta (relacionadas con la afectación del lóbulo frontal) (Rojas, Zurru, Patrucco, Romano, Riccio, Cristiano, 2006).

Las secuelas de un accidente cerebrovascular pueden ser leves o graves, transitorios o permanentes. Algunas pueden restablecerse completamente en cuestión de días, mientras que otras nunca logran restablecerse. La gravedad de éstas se relaciona con: la región del cerebro que haya sido afectada; la extensión del daño en las células cerebrales; la rapidez con la que el organismo logra restablecer el flujo sanguíneo a las partes lesionadas del cerebro; la rapidez con la que las zonas intactas del cerebro logran compensar, suplir o asumir las funciones que

antes eran realizadas por la zona lesionada. Plasticidad neuronal. (Instituto del corazón de Texas, sf).

El pronóstico luego de sufrir un accidente cerebro vascular guarda relación con los aspectos desarrollados anteriormente, la variante isquémica tiene mejor pronóstico en comparación a la variante hemorrágica, con el tratamiento adecuado de las secuelas el paciente puede mejorar a lo largo de los días, meses y hasta años luego del episodio, siendo los 6 primeros meses un período dorado en cuanto al tratamiento ya que durante el mismo se evoluciona con más rapidez y eficacia. (Rojas, Zurru, Patrucco, Romano, Riccio, Cristiano, 2006).

Finalmente, la *esclerosis lateral amiotrófica (ELA)*, implica la pérdida progresiva de las motoneuronas localizadas en el cerebro y en la médula espinal. Es una enfermedad progresiva, incapacitante y mortal. Su etiología es desconocida. (Zeller, 2007)

Los síntomas de esta enfermedad avanzan con el tiempo de evolución y son: debilidad muscular gradual y atrofia en los brazos y las piernas; fasciculaciones musculares; dificultad para tragar, hablar y respirar; y rigidez muscular, dolores corporales y calambres, especialmente durante la noche. La insuficiencia respiratoria es la causa de muerte más común en las personas con ELA. (Zeller, 2007)

Generalmente, la muerte tiene lugar dentro de los 3 a 6 años después de que se presentan los síntomas. La enfermedad se suele diagnosticar a mediana edad y afecta más a hombres que a mujeres. (Zeller, 2007)

Es importante destacar como menciona Zabala Baños (2016) que: “El conocimiento de la afección y sus implicaciones clínicas y funcionales, enmarcadas dentro de un enfoque biológico de la enfermedad, no debe alejarnos, en palabras de Pelechano (2008) de la vivencia de la enfermedad y de las maneras de sentir, pensar y actuar que poseen los enfermos.” (Zabala baños, 2016, p.105).

Zabala Baños (2016) comenta la importancia, para los terapeutas ocupacionales, de tener en cuenta que la esencia de la persona no es la que se modifica cuando ocurre un suceso que conlleva a una enfermedad neurológica. El hecho traumático y su gravedad, van a reflejar el impacto emocional que causará en la persona, que posiblemente comenzará a definirse a sí mismo como aquello que puede desempeñar o hacer, y lo que no.

El impacto psicológico abarca la suma de los impactos que tiene a nivel fisiológico, anatómico, a nivel de funcionalidad, familiar, social, económico y laboral.

Zabala Baños (2016) menciona a las variables mediadoras del impacto emocional, como aquellas que dirigen el proceso de adaptación a la disfunción física adquirida. Tiene que ver con el momento del ciclo vital, la etiología, el efecto sobre la salud, el alcance de la lesión (física o psíquica), la temporalidad de la discapacidad, la previsibilidad, la pérdida de partes del cuerpo, la personalidad, la psicopatología previa, el entorno familiar, social y laboral.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2008) cita en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) quien ha reconocido que la salud puede verse afectada por la falta de posibilidad de llevar a cabo actividades o situaciones de la vida diaria, ya sean causadas por barreras ambientales o por problemas que existan con estructuras y funciones corporales.

“Como miembros de una comunidad global, los profesionales de terapia ocupacional abogan por el bienestar de todas las personas, grupos, y poblaciones con el compromiso de inclusión y no discriminación” (AOTA, 2008, p.8).

El objetivo de la Terapia Ocupacional es que cada persona sea capaz de comprometerse en ocupaciones que necesite o seleccione para experimentar independencia o interdependencia, salud y bienestar (AOTA, 2008).

La Terapia Ocupacional según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) se define como:

“El conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.

La WFOT (Federación Mundial de Terapia Ocupacional, 2004) define la disciplina de la siguiente manera:

“La Terapia Ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es

capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

(...) Los terapeutas ocupacionales establecen que la participación podría estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por todo ello la práctica de la terapia ocupacional podría estar dirigida a aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación.

(...) Los clientes están involucrados activamente en el proceso terapéutico y los resultados de la terapia ocupacional son diversos, dirigidos al cliente y medidos en términos de participación o satisfacción derivadas de su participación.”

Otra descripción del desempeño de la profesión es la siguiente:

“Los terapeutas utilizan múltiples estrategias para ayudar a los clientes a experimentar sus capacidades, limitaciones y capacidad adaptativa a través de la participación en actividades terapéuticas. Los terapeutas adaptan las demandas terapéuticas para proporcionar el grado correcto de dificultades física, social y emocional mientras adaptan también sus roles y niveles de apoyo”. (Gahnstrom-Strandqvist, Tham, Josephonsson y Borell, 2000, citado por Pollie Price, 2011, p. 337)

La AOTA (2010) la define como:

“La declaración general – apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación – describe el dominio en su máximo sentido. Dentro de esta diversa profesión, la contribución que define la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimiento, y habilidades para ayudar a los clientes (personas, organizaciones y poblaciones), a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación” (p. 3-4).

“La Terapia Ocupacional es una profesión que brinda respuesta a personas, grupos y/o comunidades que presentan dificultades permanentes o transitorias para desarrollar las ocupaciones inherentes a su proyecto de vida.” (AATO, 2017).

Fue posible reparar en que estas definiciones en general, realizan mayor hincapié en la responsabilidad de los profesionales de Terapia Ocupacional, para ayudar a las personas en su desempeño ocupacional, quienes guían y controlan las intervenciones, descuidando la importancia a la participación de los pacientes en los tratamientos. Se observó que en ninguna de las definiciones tomadas de las principales organizaciones que fundamentan a la Terapia Ocupacional, se destacan los valores, las creencias, y las significaciones de los pacientes, que argumentan la práctica profesional.

Parafraseando a Silvina Oudshoorn (2015) se puede dar cuenta que desde el surgimiento de la Terapia Ocupacional ha habido cambios en los enfoques, modelos y paradigmas, sin embargo en su mayoría solían estar ligados a la carencia, a la enfermedad y su consecuencia. La autora menciona que frente a la incapacidad de una persona se le solían sumar horas de taller, de rehabilitación o de internación, demostrando que existía una postura afín al paradigma “tecnomédico”. La mente era separada del cuerpo, un cuerpo distanciado de sus propias experiencias, de su historia y cultura. Había una noción de curación como un sinónimo de reparar lo roto. Pero se presenta un cambio a partir de la aparición del modelo humanista donde se unifica al cuerpo, la mente, su espíritu y las interacciones que se dan entre ellos. Esta nueva mirada unificadora le da un lugar a la persona para que sea la responsable, no solo de su sanación, sino de todos aquellos procesos que lo llevarán a la salud.

Polonio López (2001) explica las diferencias entre los metamodelos que se supieron establecer en la historia de la profesión. Define al reduccionismo como aquel que tiene un enfoque pragmático, que puede descomponer la realidad en componentes que son observables; y el holismo como lo opuesto, donde la realidad no puede ser descompuesta, sino que esta es mutable. A partir de su definición, comenta cómo estas teorías se desarrollaron en la historia de la Terapia Ocupacional y cómo influyeron en diferentes períodos, pero concluye que en la actualidad se utilizan diversos modelos para diferentes casos y con diferentes objetivos, tomando siempre al ser humano como un ser global. Introduciendo este concepto de “ser global”, se añade que: “El ser humano está controlado y determina activamente su propia conducta, siendo capaz de cambiarla, si lo desea” (Polonio López, 2001, p.41).

Silvina Oudshoorn dice:

“Si lo planteamos como objetivo central de la terapia ocupacional, podría enunciarse de la siguiente manera: potenciar los recursos internos de cada persona para que puedan afrontar los cambios vitales que posibiliten el regreso a la salud por medio de nuevos caminos, resignificando su propia historia” (2015, p. 37).

Se considera necesario mencionar que:

“Cualquier profesión que pretenda proporcionar un servicio a las personas para mantener o mejorar su salud debe contar con una metodología sistemática de planificación e intervención; esta debe guiar sus acciones y justificar porque se ha decidido tomar un camino no otro, para solucionar un problema dado” (Trombly, 2014, citado por Polonio López, 2015, p. 64).

Rogers y Holm (2011) describen el *proceso de Terapia Ocupacional* como el método terapéutico utilizado por los profesionales de Terapia Ocupacional para resolver problemas en el desempeño ocupacional de otras personas. Consta de seis áreas principales: teoría, evaluación, definición de problemas, planificación de intervención, implementación de intervenciones y reevaluación.

Los autores indican que, en la etapa de *evaluación*, los profesionales organizan y recogen de manera sistemática toda la información y datos referidos al desempeño ocupacional. Durante la *definición de los problemas*, estos datos son analizados con el fin de formar un perfil de las capacidades y discapacidades del cliente en el desempeño ocupacional. También para identificar y delinear los problemas a los que se dirigirán las intervenciones profesionales. En la *planificación de las intervenciones*, se proponen estrategias y modalidades específicas de terapia ocupacional para aliviar los problemas objetivos; de manera simultánea se establecen resultados para marcar los parámetros de resultado de la terapia que sirven como indicadores de la eficacia del plan de intervención. Durante la *implementación*, se pone en práctica las intervenciones antes planificadas mediante acciones para lograr los resultados establecidos. Mientras que en la *reevaluación*, se recogen los datos iniciales que condujeron a la definición de los problemas a tratar, y éstos son comparados con los resultados de la reevaluación a fin de determinar si los resultados establecidos anteriormente fueron cumplidos.

Rogers y Holm (2011) sostienen que a partir de este proceso, se pueden obtener varias situaciones: si los resultados fueron cumplidos, se pueden agregar nuevos resultados apropiados para mejorar el desempeño ocupacional del cliente o se suspende el servicio de terapia ocupacional porque ya no son necesarios; por el contrario, cuando los resultados no se cumplen, éstos son modificados al igual que el proceso.

Según Polonio López (2001), el terapeuta ocupacional busca en sus intervenciones el equilibrio entre las demandas del entorno y las capacidades del paciente, para que logre responder a tales demandas ambientales. Es durante este proceso que el terapeuta ocupacional debe aplicar sus habilidades profesionales: respetar las creencias y valores culturales de la persona, preservar su dignidad, facilitar su comodidad, escuchar sus deseos, proporcionar una visión realista del servicio y de los resultados esperables, proporcionar información, promover la toma de decisiones, facilitar su autonomía personal, mantener su seguridad y proporcionarle ayuda cuando sea necesario.

Rogers y Holm (2005) introducen el concepto de *Parámetros de Evaluación* como conceptos a tener en cuenta en la instancia de evaluación en el proceso de Terapia Ocupacional. Dentro del parámetro de *independencia*, los autores mencionan la percepción de autoeficacia de los pacientes como la creencia que tiene la persona acerca de su capacidad de realizar las actividades, y cómo este sentimiento interfiere en el compromiso del paciente al tratamiento. Esto quiere decir que si el paciente no siente que puede realizar la actividad y esto le genera inseguridad, puede suceder que no desee involucrarse en actividades de ese tipo.

Otro concepto que aportan es el de satisfacción, dentro del parámetro de *adecuación*. La satisfacción que percibe el paciente una vez finalizada la actividad, influirá en la intención del paciente de continuar con el tratamiento.

Todo esto fue pertinente para la investigación ya que aportó un conocimiento acerca de los sentimientos y subjetividades a las que están sometidos los pacientes dentro de su proceso de rehabilitación, así como posibles problemas que pueden surgir durante el mismo.

Entonces, se sabe que los terapeutas deben tener en cuenta las características de la persona, tales como valores, creencias e intereses, y que durante todo el proceso de intervención debe establecer un vínculo con el paciente de manera tal de que logre conocerlo e interpretar sus ideas; estas definiciones son útiles como herramientas, para afirmar la filosofía de la profesión y para comprender cómo es que las personas atribuyen significados a sus

experiencias, cómo éstos condicionan el accionar y los sentimientos sobre ellos mismos y el mundo que los rodea, y cómo colaborar para modificarlos en el caso de que la construcción no sea positiva para la persona en cuestión. (AOTA, 2010).

Cabe destacar que cada área y componente del proceso de Terapia Ocupacional está influido por las teorías que el profesional utiliza para explicar el desempeño ocupacional de cada cliente en particular. Dicha teoría determina los datos que se recogerán, el significado de esos datos y su organización en la identificación de problemas, la selección de las intervenciones adecuadas para tratar los problemas identificados, el momento oportuno y el tiempo dedicado a las intervenciones, y la elección de los resultados que evaluarán si las intervenciones lograron el propósito pretendido. (Rogers y Holm, 2011).

Boyt Schell (2011) indica que el razonamiento profesional puede definirse como el proceso que realizan los profesionales para planificar, dirigir, realizar y reflexionar sobre la intervención y asistencia de los pacientes.

Según escritos de Tomlin, Hamilton, Schell, Kanny y Slater, 2008; Rogers y Holm, 1991; Mattingly y Fleming, 1994; citado por Boyt Schell, 2011, el razonamiento profesional cuenta con diferentes aspectos, cada uno de éstos se van poniendo en juego según la naturaleza del problema/situación que se presente durante el proceso de tratamiento. Tales aspectos son: el razonamiento científico, el razonamiento diagnóstico, el razonamiento de procedimiento, el razonamiento narrativo, el razonamiento pragmático, el razonamiento ético, el razonamiento interactivo y el razonamiento condicional.

El *razonamiento científico* es el que comprende el uso de métodos lógicos y científicos con el fin de comprobar hipótesis, tomar decisiones basadas en la teoría y evidencia y es que el permite el reconocimiento de patrones el cual permite comparar similitudes y particularidades del cliente en cuestión con otros clientes en situaciones similares.

El *razonamiento diagnóstico*, puede considerarse parte del razonamiento científico ya que abarca el proceso investigativo de las causas o la naturaleza de los trastornos que requieren una intervención de terapia ocupacional. Se basa en el estudio de evidencias y teorías.

El *razonamiento de procedimiento* se encuentra relacionado con la cultura del ámbito de intervención y/o la evidencia científica ya que se basa en ellos para tomar decisiones rutinarias de intervención en relación a un trastorno identificado.

El *razonamiento narrativo* puede describirse como un proceso el cual permite dar sentido a las circunstancias particulares de las personas, imaginar prospectivamente el impacto de la enfermedad, discapacidad o problemas de desempeño ocupacional en su cotidianidad, y crear una historia de cooperación lograda con los clientes y sus familias a través de la intervención.

El *razonamiento pragmático* es el que se desarrolla teniendo en cuenta todo lo circundante al proceso de tratamiento. Es un razonamiento práctico utilizado para coordinar y ajustar las posibilidades terapéuticas en las realidades actuales de la entrega de servicios, el pago de los mismos, la disponibilidad de equipamiento, las habilidades de los terapeutas y los diferentes recursos tanto del terapeuta como los del cliente en cuestión.

El *razonamiento ético* se pone en juego cuando existe una situación que signifique un dilema ético. Está dirigido al análisis del mismo, la generación de soluciones alternativas y toma de decisiones. Refiere un enfoque sistemático del conflicto moral.

El *razonamiento interactivo* es el razonamiento que permite crear lazos de cooperación entre el profesional y el cliente para lograr identificar de manera conjunta los problemas y la resolución de los mismos. Está dirigido a construir relaciones interpersonales positivas.

El *razonamiento condicional* unifica a todos los aspectos del razonamiento profesional a los fines de brindar una respuesta flexible a las condiciones cambiantes o a la predicción de futuros clientes.

Todos estos aspectos están entrelazados en todo el proceso de la terapia, cada perspectiva informa a la otra logrando así en su conjunto lo que llamamos *razonamiento profesional*.

En este trabajo se consideró especialmente relevante el razonamiento narrativo y la integración de todos los tipos de razonamientos: el *razonamiento profesional*. Así se pudo interpretar las distintas perspectivas de tratamiento e integrarlas en los conocimientos generales de la disciplina.

Siguiendo con la descripción y características del razonamiento profesional propuesto por Boyt Schell, (2011), se destacan conceptos que influyen y moldean tal razonamiento los cuales son: el yo personal, el yo profesional y el razonamiento propio del cliente.

El *yo personal* comprende las características personales como capacidades físicas, personalidad, valores y creencias. Tales características moldean la percepción e interpretación de una persona en cuanto a sus actividades vitales y cotidianas. En cambio, el *yo profesional* incluye el conocimiento profesional que tiene el terapeuta de la educación, experiencias de los clientes previos y las creencias sobre lo importante en la terapia. Además, conocimientos de habilidades técnicas específicas y rutinas de terapia disponibles para el uso en el contexto de la práctica. “El yo personal y el yo profesional actúan en conjunto para responder a distintos problemas de la práctica” (Boyt Schell, 2011, p. 323).

Respecto al *razonamiento del cliente*, Boyt Schell (2011) sugiere que se conforma de experiencias vitales y características personales, situación de vida y problemas de desempeño los cuales llevaron al requerimiento del tratamiento. También, de sus propias teorías acerca de lo que está causando problemas en el desempeño y lo que espera del proceso terapéutico.

Acerca de la narrativa se sabe que Rondina (2011) explica que aplicada al ámbito terapéutico, sirve para que el terapeuta colabore en la reconstrucción de significados del paciente, mediante el diálogo. La narración permite dar significado a las experiencias. Implica transformación, y es mediante la intervención profesional, que se modifica la narración que la persona tiene de sí misma y su mundo.

Rondina (2011), describe el concepto de constructivismo como una representación de la realidad de cada ser humano, construida por diferentes aspectos como los culturales y sociales, entre otros. “Implica todas las funciones humanas (cognitivas, afectivas, sociales) para organizar las experiencias en una estructura personal que expresa una distintiva representación del mundo y de sí mismo, asegurando coherencia e integridad internas, apuntalando el sentimiento de identidad personal” (Rondina, 2011, p.1). Cuando tales construcciones no son funcionales para la persona, ésta y su entorno pierden significación y, por lo tanto, sentido.

Cortés (1997) comenta que la narración permite comprender cómo el paciente y el profesional de la salud construyen sus saberes, cómo se articulan la experiencia del padecimiento, las culturas y las estrategias de atención.

“A través de la narración, la experiencia es representada y relatada, y los eventos de enfermedad son presentados en un orden significativo y coherente para los sujetos, siendo descriptos junto con las experiencias asociadas con ellos y la significación y el sentido que tienen para las personas involucradas” (Good, 1994, p. 139, citado por Cortés, 1997, p. 98).

La narrativa toma importancia para la Terapia Ocupacional, ya que se encuentra estrechamente ligado al ámbito de la ocupación, debido a que esta disciplina concibe la ocupación como actividades significativas y con propósito, que organizan el tiempo y el espacio, según Polonio, Durante, Noya (2001). Además, al igual que la narración, forman la identidad personal y es influida por construcciones sociales, culturales y personales. De esta manera, tanto la narración como la ocupación, tienen la función terapéutica de construir o reconstruir la identidad de los sujetos.

Ferrante (2014) da a conocer diferentes testimonios en cuanto a las narrativas de personas con discapacidades físicas. A continuación, citaremos aquellas que consideramos que explican la percepción de la discapacidad particular de cada sujeto:

“Cuando te discapacitas, tenes que entender que tu vida cambio. Lo que hacías antes no lo vas a poder volver a hacer, pero tampoco pienses que tu vida termino. Tu vida cambió y ahora vas a tener que adecuarte a tus posibilidades y tener que hacer los cambios que necesites para lograr la mayor calidad de vida y aprender a usar cosas que antes no usabas”. (Alba citada por Ferrante, 2014, p. 78.)

“Cuando una persona se discapacita, toda la vida cambia. De nuevo es como volver a empezar una nueva vida, después viene la rehabilitación que según los distintos tipos de discapacidades es distinta pero el mensaje es que vos tenes que desarrollar el máximo de capacidades que puedas y tener una vida lo más parecida... a... lo normal posible o tradicional, pero eso tiene que tener una continuidad porque el día que te dan el alta y cruzas la puerta del instituto para afuera, la cosa empieza, sino tenés una continuidad, es contradictorio y re cruel, porque salís con el mensaje “dale que vas a poder” , y cuando salís, no te dejan” (Mari citada por Ferrante, 2014, p. 98)

Aranaz (2000) a través de una investigación acerca del nivel de satisfacción de los pacientes luego de tratamientos clínicos en cuanto a la efectividad, la eficiencia, la sensación del paciente de bienestar, de autonomía y la sensación de dolor, acentúa la importancia de tener en cuenta la opinión y la satisfacción del paciente con el tratamiento para poder hacer una autocrítica y establecer modos y métodos de intervención que mejoren la calidad del servicio brindado. Plantea que esta satisfacción del paciente se relaciona en muchos casos con la comunicación que se posee con el médico que otorga los servicios de salud, quien debe dar claras explicaciones y debe escuchar a su paciente con interés; además se vincula con las actitudes del profesional: se espera que no adopte un rol dominante sino que se establezca una relación de pares trabajando en conjunto con un mismo objetivo; se espera que el profesional pueda dar a conocer sus saberes específicos, generar un ambiente de confianza donde el paciente sea capaz de exponer sus dudas y preocupaciones, y por último, influye la percepción del paciente de sí mismo y de su capacidad.

Otra de las cuestiones que plantea el autor, cuando cita a Linder-Pelz (1982), parte de la satisfacción del paciente se debe a la “desconfirmación de expectativas”, es decir que la persona acude a la consulta con ciertas expectativas y esperando que se logren ciertas cuestiones respecto al tratamiento. Si esta expectativa es superada, la satisfacción del paciente será positiva; por lo contrario, si las expectativas no son alcanzadas, la satisfacción del paciente disminuirá.

Este concepto de satisfacción propuesto por Aranaz (2000) es multidimensional, abarca, como mencionamos anteriormente, la comunicación, la actitud del profesional, la confianza, el clima de trabajo, la percepción del paciente de sí mismo, entre otros. Pero además interviene el tiempo que dure la sesión, la dedicación con la que el profesional atienda al paciente, la explicación que éste de sobre el tratamiento y el diagnóstico, y también las cuestiones edilicias, el acceso al centro de salud o consultorio, el espacio físico, las condiciones del lugar, y demás.

Se observa cómo el autor hace énfasis en la importancia de la comunicación y la confianza entre el paciente y el terapeuta para lograr conocer las narrativas del paciente y el razonamiento narrativo del terapeuta ocupacional y alcanzar un trabajo en conjunto, con objetivos compartidos. Como menciona Price (2011) “el proceso terapéutico está entrelazado con la relación terapéutica y es impulsado por ella” (p. 337).

Polonio López (2011) comenta la relevancia de relación terapéutica en el tratamiento. El desarrollo de habilidades de comunicación eficientes, por parte del profesional, permite comprensión e involucración de las personas en el abordaje. Así es posible que el paciente participe en el proceso de intervención de Terapia Ocupacional, orientado a alcanzar su desempeño funcional. En Terapia Ocupacional, el desempeño ocupacional facilita la relación terapéutica y a su vez, ésta influye en el desempeño.

La *autoconciencia* o el *uso terapéutico del yo*, es una herramienta mediante la cual “(...) el terapeuta construye conscientemente una relación con el cliente para cumplir los objetivos de tratamiento y alcanzar el más alto nivel de funcionalidad” (Polonio López, 2011, p. 145).

El autor describe un yo ideal, aquel que al profesional desearía ser, si estuviese exento de condiciones ambientales; un yo percibido, como aquello visible para los demás; y el yo real, combinación de los anteriores, de lo interno y lo externo. La autoconciencia sería este yo real, consciente de sus características personales y las del ambiente donde ejerce. Los terapeutas ocupacionales reconocen que, para un proceso exitoso de tratamiento, éste requiere de habilidades interpersonales y comunicativas que permitan lograr una relación de empatía con el paciente y favorecer así el proceso de tratamiento.

Aquellos profesionales que practican el uso terapéutico del yo, a través de la atención activa, la empatía, la tolerancia, la aceptación incondicional y la flexibilidad hacia los deseos y necesidades del cliente, reflejan un enfoque espiritual de la relación terapéutica. (Billock, 2011, p. 94). Este enfoque espiritual se relaciona con la importancia de la espiritualidad como centro del proceso de Terapia Ocupacional.

Se observó que la importancia de tener en cuenta y respetar la espiritualidad del paciente, no es sólo un requisito durante el proceso de Terapia Ocupacional, sino que también fue mencionado como un requerimiento ético profesional.

Según Doherty (2011) los profesionales de Terapia Ocupacional, deben actuar en concordancia a las virtudes esperadas por los clientes las cuales son: benevolencia, competencia, objetividad, comprensión y compasión. Deben ser capaces de reconocer y distinguir problemas clínicos, legales y éticos en la práctica cotidiana para lograr tomar las decisiones correctas durante el proceso de tratamiento.

Por su parte, el Código Ético de Terapia Ocupacional (AOTA, 2000) expresa que los terapeutas ocupacionales manifestarán interés en el bienestar de los usuarios del servicio. Además, reconocerán los factores culturales económicos, geográficos, raciales, étnicos, religiosos, políticos, de estado civil, orientación sexual, y discapacidad a todos aquellos que reciban tratamiento de la disciplina.

Otro principio de esta normativa consiste en el respeto del profesional hacia las personas destinatarias de los servicios. Esto incluye el reconocimiento de las creencias personales al establecer objetivos y prioridades de tratamiento; así como el deber de informar a los receptores la naturaleza, riesgo y resultados potenciales de las intervenciones.

Es decir, que aquello enunciado por el Código Ético reafirma la filosofía de la Terapia Ocupacional centrada en la persona, y por lo tanto la importancia de los diferentes contextos y características del paciente (valores, creencias, intereses, espiritualidad).

De la Aldea y Lewkowicz (1999), introducen el término de la subjetividad como una forma de situarse ante situaciones problemáticas, de modo tal que el profesional se “sacrifica” por el paciente, trabaja por las personas, y no con ellas, colocándose en una posición de héroe. Este concepto implica el rechazo a las limitaciones propias y de los demás. También mencionan la identidad del profesional está delimitada por las instituciones y/o entornos donde se desempeña la práctica.

Continuando con este pensamiento se introduce a Auñón-Ortuño y Melogno-Klinkas (2016) que, en su estudio exploratorio, nos invitan a reflexionar acerca de los problemas bioéticos en la práctica de Terapia Ocupacional. Los autores definen la ética como: “el estudio metódico de la conducta humana en relación a los principios y valores morales” (Auñón-Ortuño, Melogno-Klinkas, 2016, p.1). Y se refieren a la bioética como aquellos principios y valores que ayudan a generar las acciones para la promoción de la salud.

Según los autores, el conflicto bioético surge cuando se ponen en juego el principio de autonomía otorgado al paciente, donde se incentiva la elección y la toma de decisiones de su propia vida, en contraposición al principio de beneficencia, que hace referencia a la obligación que tiene el profesional de tomar decisiones que resulten beneficiosas para el paciente. Esto a veces genera la necesidad de tomar posición en cuestiones que no son deseos innatos del paciente. Pero además del deber de responder de manera satisfactoria a la persona,

el terapeuta ocupacional debe asegurar cumplir con la cuota de confianza que ponen en él el resto del equipo médico, la institución para la que trabaje y sus colegas.

Todo esto debe de suceder en un contexto donde a veces se encuentran con falta de recursos, falta de tiempo para ofrecer un servicio de calidad, la no valoración de sus intervenciones por parte de otros profesionales, la necesidad de otorgar el alta a pacientes que aún no se encuentran preparados, entre otros. (Auñón-Ortuño, Melogno-Klinkas, 2016).

Para demostrar estas cuestiones, los autores realizaron un estudio a 55 terapeutas ocupacionales, realizando 10 preguntas en relación a problemáticas bioéticas que han podido detectar en su práctica profesional. Como resultado podemos ver que más del 50% de los terapeutas encuestados, han detectado algún problema bioético, y que el mayor problema fue localizado en

“El respeto hacia la toma de decisión, autodeterminación, intereses, necesidades, demandas, motivación y dignidad del paciente, mediante una visión holística centrada en el cliente, considerando al usuario participe en su tratamiento o decisiones que le afecten y sin influir en la toma de decisiones del paciente para realizar el tratamiento que el terapeuta considera oportuno”. (Auñón-Ortuño, Melogno-Klinkas, 2016, p.8)

A lo largo del estudio se han identificado otras áreas en las cuales los profesionales de Terapia Ocupacional detectaron la aparición de problemas bioéticos como la limitación en la calidad asistencial, en los recursos, en el mantenimiento del secreto profesional y en la protección de información de los pacientes.

1.6. SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN

Existen diferencias en las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional, entre los terapeutas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva, en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018.

Existen situaciones en los tratamientos, en los cuales los terapeutas dejan, en cierto modo, de tener en cuenta los intereses, valores, creencias, cultura y/o significados de los pacientes, cegados ante las limitaciones pragmáticas de la institución donde se desempeñan.

Existen situaciones en los tratamientos donde los pacientes no ven reflejados sus objetivos y metas personales de tratamiento.

1.7. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar las diferencias y similitudes entre las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional, entre los terapeutas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva, en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018.

Objetivos específicos:

1. Describir las perspectivas de los terapeutas ocupacionales acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional.
2. Describir las perspectivas de los pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional.
3. Comparar las perspectivas de los terapeutas ocupacionales y de los pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva, acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional.

2. METODOLOGÍA

2. 1. TIPO DE DISEÑO

El tipo de trabajo de investigación que se realizó, según el tipo de análisis de datos fue *cualitativo*, ya que “(...) el interés está puesto en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia del sujeto que actúa” (Bottinelli, 2007, p. 82). Resalta la importancia de interpretar los fenómenos desde la significación de cada sujeto involucrado.

Como sostiene Sampieri (2006) “(...) se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres vivos (...)” (p. 9). Además, implica una mirada subjetiva del/los investigador/es. Éste construye el conocimiento introduciéndose en las experiencias de las personas (Sampieri, 2006). Bottinelli (2007) manifiesta que los métodos cualitativos se fundamentan en la realidad y se orientan a los descubrimientos. Otra característica del método cualitativo es el holismo, es decir que “tiene que ver con tomar la realidad, pensar al actor social en su contexto, con su experiencia, en su historia, etc.” (Bottinelli, 2007, p. 88).

El tipo o esquema de diseño en relación al grado de conocimiento sobre el tema corresponde a un diseño *descriptivo*, ya que se busca describir e identificar por medio de las narrativas tanto de los terapeutas ocupacionales como de los pacientes, los aspectos que componen las perspectivas de los mismos en relación al proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional. Según Ynoub (s.f.) “La investigación descriptiva se orienta a describir el comportamiento de variables, y/o identificar tipos o pautas características resultantes de las combinaciones de valores entre varias de ellas” (p. 9).

En cuanto a la manipulación de las variables, en este caso, supuestos de investigación, el diseño fue de tipo *no experimental u observacional*, ya que no se buscó poner a prueba tales supuestos, sino su corroboración mediante la descripción de los mismos.

La estrategia metodológica utilizada para cumplir objetivos o corroborar los supuestos de investigación, fue el *trabajo de campo*. Sabino refiere:

“En los diseños de campo los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, son llamados primarios, denominación que alude al hecho de que son datos de primera mano, originales, producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza.” (p. 68).

Mediante la implementación instrumental, en este caso, herramientas/instrumentos de recolección de información entrevistas personales, se pretendió hacer registro de las variables y ejes de análisis para luego realizar el análisis correspondiente y cumplir los objetivos o corroborar los supuestos de investigación.

En relación al tratamiento de la temporalidad de los datos, el tipo de diseño de investigación fue *prospectivo*, debido a que los datos se obtuvieron mediante la implementación del trabajo

de campo, por medio de la utilización de instrumentos de recolección de datos antes mencionados.

A su vez, en relación al momento del objeto de estudio en el tiempo, el diseño fue *transversal o sincrónico*, es decir que los datos obtenidos necesarios para la investigación que responden a los valores de las variables y ejes de análisis que caracterizan al objeto de estudio, correspondieron a un momento en el tiempo en particular (presente de la investigación).

2. 2. DISEÑO DEL UNIVERSO Y LAS MUESTRAS

En la presente investigación, el *universo* fue: “todos los terapeutas ocupacionales y sus pacientes con enfermedad neurológica adquirida, que asisten a una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018. Este universo comprendió a 3 terapeutas ocupacionales, y pacientes con las siguientes patologías: lesión medular, accidente cerebrovascular, guillán barré, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple y otras polineuropatías.

La *muestra* estuvo conformada por 3 terapeutas ocupacionales que se desempeñaban profesionalmente en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018, y 5 pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva que asistían a la misma institución, en el año 2018. Las patologías de los pacientes de la muestra abordadas fueron lesión medular y accidente cerebrovascular.

Se considera que la muestra no era representativa ya que nuestro número muestral era pequeño en relación al universo, y como enuncia Samaja (2002), la representatividad de una muestra implica tener fundamentos suficientes para considerar que la muestra será análoga al universo determinado.

El tipo de muestreo que se realizó fue *intencional*. Acerca de éste, Bottinelli (2007) sugiere que en los diseños cualitativos las muestras son seleccionadas con intención ya que se buscan características específicas de éstos.

Los *criterios de inclusión* fueron: personas mayores de 18 años con enfermedad neurológica adquirida que concurrían a una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina; y profesionales recibidas de Terapeutas Ocupacionales.

En cambio, los *criterios de exclusión* fueron: todos los pacientes con alteración cognitiva y/o psiquiátrica diagnosticada; que hayan asistido menos de un mes al tratamiento de Terapia Ocupacional; y que poseían algún tipo de afasia.

2. 3. MATRIZ DE DATOS

Unidad de análisis 1:

Cada uno de los pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva que realizan tratamiento de Terapia Ocupacional, en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018.

Eje de análisis 1: Tiempo de tratamiento de Terapia Ocupacional

Definición operacional: Refiere al tiempo que lleva el paciente adulto con enfermedad neurológica adquirida, sin alteración cognitiva, asistiendo al tratamiento de Terapia Ocupacional en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina.

- Escala de valores:
- 1 a 3 meses
 - 4 a 6 meses
 - 7 a 9 meses
 - 10 a 12 meses
 - 13 meses o más

Indicador: Se preguntó al paciente ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento de Terapia Ocupacional en esta institución?

Eje de análisis 2: Edad

Definición operacional: Refiere al tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona.

- Escala de valores:
- 18 a 28 años
 - 29 a 39 años

- 40 a 50 años
- 51 a 61 años
- 62 años o más

Indicador: Se preguntó al paciente ¿Qué edad tiene?

Eje de análisis 3: Diagnóstico

Definición operacional: Refiere a la determinación médica de la enfermedad según los signos y síntomas que presenta la persona.

- Escala de valores:
- Accidente cerebro vascular
 - Lesión medular
 - Esclerosis múltiple
 - Esclerosis lateral amiotrófica
 - Guillain Barré
 - Más de un diagnóstico
 - Otros

Indicador: ¿Cuál es su diagnóstico?

Para conocer las perspectivas de los pacientes, se realizaron las siguientes preguntas a los mismos, con la intención de conocer los aspectos que se describen a continuación:

Eje de análisis 1: Valoración de la relación con el terapeuta ocupacional.

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

- . Si siente la confianza necesaria para comentarle sus intereses, preocupaciones, molestias, entre otras cosas.
- . Siente que la profesional es empática con él.
- . Predisposición y compromiso por parte de la terapeuta ocupacional.

Indicador: ¿Cómo valoraría, consideraría, su relación con el terapeuta ocupacional? ¿Muy buena, buena, regular o mala? ¿Por qué?

Eje de análisis 2: Valoración del compromiso con el tratamiento de Terapia Ocupacional

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

- . Cómo es la accesibilidad a la institución, en cuanto a los medios de transporte que debe utilizar, si depende de un acompañante para hacerlo, si las condiciones climáticas condicionan su asistencia al mismo, etc.
- . Cumple los horarios de las sesiones programadas.
- . Realiza los ejercicios, tareas, recomendaciones, etc., otorgadas por el profesional de Terapia Ocupacional, en su hogar, tanto como en la sesión.
- . Motivación a asistir y comprometerse en las sesiones.

Indicador: ¿Cómo valoraría su compromiso con el tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Muy bueno, bueno, regular o malo? ¿Por qué?

Eje de análisis 3: Objetivos personales contemplados en el proceso de Terapia Ocupacional

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

- . Participación en el proceso de planteamiento de objetivos del tratamiento.
- . Conocimiento de los objetivos planteados e identificación con los mismos.
- . Objetivos orientados a los intereses del paciente

Indicador: ¿Cuáles son sus objetivos a trabajar en Terapia Ocupacional? ¿Considera que sus objetivos personales son contemplados en el proceso de Terapia Ocupacional? ¿Por qué?

Eje de análisis 4: Identificación de logros personales a partir del tratamiento

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de

. Detección de mejoras funcionales.

. Generalización de las mejoras funcionales en el desempeño de las actividades cotidianas.

Indicador: ¿Identifica logros personales a partir del tratamiento? ¿Cuáles?

Eje de análisis 5: Expectativas del tratamiento de Terapia Ocupacional antes de empezarlo y actualmente.

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

. Acerca de la rapidez en la obtención de los resultados

. Acerca de la modalidad de tratamiento, en cuanto a la atención “uno a uno”.

. Acerca del espacio físico de tratamiento.

. Acerca de los aspectos a trabajar en Terapia Ocupacional.

. Acerca de las actividades terapéuticas utilizadas en la sesión.

Indicador: ¿Cuáles son sus expectativas actuales del tratamiento de Terapia Ocupacional?

¿Son distintas las expectativas que me comenta de como eran al comienzo del tratamiento?

¿En qué aspectos difieren?

Unidad de análisis 2:

Cada uno de los terapeutas ocupacionales que brindan tratamiento de Terapia Ocupacional a pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva, en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018.

Eje de análisis 1: Edad

Definición operacional: Refiere al tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la actualidad.

Escala de valores: ● 21 a 31 años

- 32 a 42 años
- 43 a 53 años
- 54 a 64 años
- 65 años o más

Indicador: Se preguntó al terapeuta ocupacional ¿Qué edad tiene?

Eje de análisis 2: Años que lleva recibida/o

Definición operacional: Refiere al tiempo transcurrido desde que el profesional obtuvo su título de terapeuta ocupacional.

Escala de valores: ● Menos de 1 año

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 años o más

Indicador: Se preguntó al terapeuta ocupacional ¿Hace cuántos años se recibió?

Eje de análisis: Años de antigüedad en la institución

Definición operacional: Refiere al tiempo que el profesional de Terapia Ocupacional, lleva desempeñándose laboralmente en la institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, hasta la actualidad.

Escala de valores: ● Menos de 1 año

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 años o más

Indicador: Se preguntó al terapeuta ocupacional ¿Hace cuántos años trabaja en la institución?

Eje de análisis 4: Tiempo de evolución de la enfermedad del paciente

Definición operacional: Refiere al tiempo que lleva el paciente con la enfermedad, desde el momento en que la adquiere hasta la actualidad

- Escala de valores:
- 1 a 6 meses
 - 7 a 12 meses
 - 13 a 18 meses
 - 19 a 24 meses
 - 25 meses o más

Indicador: ¿Cuál es el tiempo de evolución de enfermedad del paciente?

Para conocer las perspectivas de los terapeutas ocupacionales, se realizaron las siguientes preguntas a los mismos, con la intención de conocer los aspectos que se describen a continuación:

Eje de análisis 1: Tipo de evaluaciones utilizadas durante el proceso de Terapia Ocupacional y motivo de selección

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

- . Tipo de evaluación utilizada: observación, entrevista, estandarizada, no estandarizada, estructurada, no estructurada, etc.

Indicador: ¿De qué modo evalúa al paciente? ¿Por qué? ¿Utilizaría algún otro método? Si es así, ¿por qué no lo hace/hizo?

Eje de análisis 2: Criterio de selección de los objetivos de tratamiento

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

- . Teniendo en cuenta los intereses del paciente.

- . Teniendo en cuenta los intereses en la evolución del cuadro de enfermedad.
- . Teniendo en cuenta los intereses de la familia.
- . Teniendo en cuenta el contexto físico, social, cultural.

Indicadores: ¿Con qué criterios fueron seleccionados los objetivos de tratamiento? Teniendo en cuenta los intereses del paciente, la evolución de la enfermedad, intereses de la familia, el contexto físico, social y cultural. ¿Cuáles son los objetivos de tratamiento planteados?

Eje de análisis 3: Existencia de limitaciones pragmáticas que interfieren en el plan de tratamiento

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

.Limitaciones temporales (tiempo destinado a las sesiones, tiempo destinado al tratamiento)

.Limitaciones espaciales (espacio de tratamiento, instituciones)

.Limitaciones económicas (acceso a adaptaciones, ayudas técnicas, materiales, herramientas)

.Limitaciones materiales.

.Limitaciones normativas

Indicador: ¿Siente que hay limitaciones pragmáticas que interfieren en su plan de tratamiento? ¿Cuáles son? ¿De qué manera lo hacen?

Eje de análisis 4: Criterios de selección de las actividades a realizar en sesión

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

. Teniendo en cuenta los intereses del paciente.

. Teniendo en cuenta los intereses en la evolución del cuadro de enfermedad.

. Teniendo en cuenta los materiales que se encuentran disponibles en la institución, el tiempo, el espacio, y otros recursos pragmáticos.

Indicador: ¿Con qué criterios selecciona las actividades a realizar en la sesión?

Eje de análisis 5: Valoración del compromiso del paciente con el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

- . Ausentismo.
- . Puntualidad.
- . Predisposición a realizar las tareas dadas en la sesión y en su hogar.

Indicador: ¿Cómo valoraría el compromiso del paciente en el tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Por qué? (En relación al ausentismo, la puntualidad y la predisposición a realizar las tareas dadas en la sesión y en su hogar). ¿Cómo lo calificaría: Muy bueno, bueno, regular, o malo?

Eje de análisis 6: Reconocimiento y método de identificación de logros del paciente en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

- . Detección de mejoras en el desempeño ocupacional.
- . Detección de mejoras funcionales.
- . Mejora en la conducta y predisposición del paciente en el espacio de Terapia Ocupacional.

Indicador: ¿Identifica logros del paciente en el tratamiento? ¿Cuáles? ¿Cómo los identifica?

Eje de análisis 7: Valoración de la relación con el paciente

Escala de valores: se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento. Se buscó hallar información acerca de:

. Siente la confianza necesaria para comentarle sus intereses, preocupaciones, entre otras cosas.

. Siente que el paciente es empático con él.

Indicador: ¿Cómo valoraría su relación con el paciente: Muy buena, buena, regular, o mala?
¿Por qué?

2.4. FUENTES DE DATOS

Las fuentes de datos que se utilizaron en la presente investigación fueron primarias siguiendo la clasificación de Samaja (2002). Las *fuentes primarias* corresponden a las generadas por los investigadores en el trabajo de campo. En esta investigación se llevó a cabo mediante entrevistas a los terapeutas ocupacionales y sus pacientes con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva. Se han considerado estas fuentes por sobre las secundarias, ya que procuran datos de *calidad*, reflejando fehacientemente los hechos recolectados, al ser obtenidos de relatos en primera persona de la muestra. Además, al tratarse de una entrevista semiestructurada, permite obtener datos *ricos* en contenido, orientando el entrevistador las preguntas para conseguir la información deseada, y proporciona una *oportunidad de la información* adecuada a los tiempos de la investigación, al no demandar mucho tiempo cada entrevista. Alcanza una *cobertura* de la totalidad o la mayoría del universo (según la institución lo permita). Finalmente, estas fuentes son *económicas* para la investigación, produciendo un costo accesible para la obtención de los datos.

2.5. INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó fue la entrevista formalizada, según Bottinelli (2007) éstas son sistemáticas y el entrevistador posee las preguntas a realizar, generalmente escritas.

En esta investigación, tanto la entrevista dirigida a los pacientes como a los terapeutas ocupacionales fue confeccionada por las investigadoras.

La entrevista dirigida a los pacientes inició con dos preguntas cerradas que indagan acerca de

datos cuantitativos de edad y tiempo transcurrido en tratamiento de Terapia Ocupacional. Luego constó de treinta y seis preguntas abiertas agrupadas en seis ítems restantes que guardaban relación con el objetivo específico propuesto en la investigación: “Describir las perspectivas de los pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional”

La entrevista dirigida a las terapeutas ocupacionales de igual modo inició con tres preguntas cerradas que indagaban acerca de datos cuantitativos de edad, años de recibida y tiempo en la institución. Luego constó de treinta y un preguntas abiertas agrupadas en siete ítems restantes que guardaban relación con el objetivo específico propuesto en la investigación: “Describir las perspectivas de los terapeutas ocupacionales acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional”

En esta investigación, la mayoría de las preguntas que componen el instrumento de recolección de datos fueron abiertas para conocer el motivo que condujo a la respuesta dada.

Aproximadamente cada entrevista administrada por las investigadoras tuvo una duración de 30 minutos y la forma de registro fue oral; el investigador grabó en forma de audio la entrevista y escribió datos relevantes y pertinentes en la hoja de entrevista.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

Los terapeutas ocupacionales, encuentran en todos sus roles profesionales, ciertos problemas éticos. La ética implica reflexionar, pensar y razonar las decisiones y evaluarlas. Además, los problemas éticos, debido a su dinamismo y complejidad, requieren del conocimiento y la comprensión de los mismos para asegurar una práctica competente de la profesión. Así mismo, la ética exige un compromiso con la conducta personal y una apreciación de efecto sobre los otros. (Jennings, 2003, citado por Doherty, 2011).

Se considera entonces, que la elección del tema de investigación forma parte del razonamiento ético profesional, ya que trata de los problemas éticos que los terapeutas ocupacionales pueden encontrar en el ejercicio de su profesión, y de cómo éstos deben razonar y pensar acerca de sus decisiones a tomar durante el mismo. Además, considera al otro como una parte fundamental del tratamiento de Terapia Ocupacional, esta investigación hace hincapié en la importancia de la escucha del otro para conocer cómo nuestras decisiones

de tratamiento impactan sobre él. Para esto es que describimos la necesidad de conocer y dar a conocer las narrativas de los pacientes tanto como las del profesional de Terapia Ocupacional. Con respecto a esto, Mattingly (1998, citado por Doherty, 2011) expresa que las narrativas, tanto escritas como orales, son una forma de reflexión ética. Las historias contadas, permiten a los terapeutas ocupacionales razonar acerca de los aspectos morales de una situación determinada, y desarrollar un juicio sobre aquello que se debería hacer.

Por estas cuestiones, se entiende que los temas tratados pertenecen a la importancia ética de la profesión, y a su vez, la investigación en su totalidad aportará una mirada crítica con la intención de invitar a todos los profesionales a la reflexión de su propio ejercicio.

Por último, citaremos a Doherty (2011) quien expresa: “El comportamiento ético es responsabilidad de todos los profesionales de Terapia Ocupacional” (p. 283).

Respecto a la ética en el proceso de investigación, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, resuelve la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), la cual tiene reconocimiento universal. Dicha declaración promueve: el respeto a la dignidad humana, las libertades fundamentales y los derechos humanos; la prioridad de los intereses de las personas ante la ciencia y/o sociedad; la autonomía personal y la libre toma de decisiones; y la circulación rápida y abarcativa de los conocimientos, avances y sus beneficios para un acceso equitativo a los servicios.

Además, establece que toda intervención requiere, para llevarse a cabo, un consentimiento libre e informado de la/s persona/s involucrada/s, el cual debe contener la información adecuada y comprensible. Este consentimiento podrá ser revocado por la persona interesada en cualquier momento y por cualquier motivo. Asimismo, la privacidad y confidencialidad de la persona y de la información debe ser respetada, y ser utilizada únicamente de acuerdo con lo establecido en el consentimiento.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) reconoce la libertad de investigación científica, su importancia y los beneficios del desarrollo científico, así como también proporciona un marco universal de principios a los Estados en relación a la bioética.

2.7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

En un primer momento, los datos *cuantitativos* recabados de las variables: edad, años de evolución de la enfermedad, tiempo del tratamiento, y años que lleva recibida/o las/los terapeutas ocupacionales, fueron volcados en una base de datos informática.

Para los datos *cualitativos* recabados de las preguntas acerca de: valoración de la relación con el terapeuta ocupacional/paciente, diagnóstico, modalidad de tratamiento, objetivos personales, identificación de logros, valoración del compromiso personal con el proceso de terapia ocupacional, expectativas previas al tratamiento en la evolución del desempeño, expectativas durante el tratamiento en la evolución del desempeño, objetivos significativos para el paciente, se realizó una transcripción de los datos recabados en las grabaciones. Una vez finalizadas las desgrabaciones se comenzó el análisis, propiamente dicho, de los datos cualitativos de esta investigación. El mismo se llevó a cabo teniendo en cuenta los procesos propuestos por Romeu Gómez (2004).

Una vez realizadas las entrevistas utilizadas como método de recolección de los datos de la investigación, se procedió a realizar una lectura comprensiva de éstas. Una vez finalizada la misma, se destacaron aquellos fragmentos relevantes para el tema tratado en el trabajo de investigación; éstos fueron los que dieron cuenta de la valoración de la relación terapeuta ocupacional-paciente, si se consideraron los intereses personales de los pacientes, las limitaciones pragmáticas de la práctica profesional, entre otros aspectos mencionados en la investigación que hicieron a la descripción de perspectiva tanto de los terapeutas ocupacionales como de sus pacientes.

Se seleccionaron colores diferentes para resaltar los párrafos o dichos relevantes según cada eje de análisis. Estos párrafos o frases fueron volcados en un cuadro comparativo organizados respecto a los ejes de análisis de la investigación para poder observar las igualdades o discrepancias de las mismas.

Una vez obtenidos estos párrafos relevantes, se procedió a generar categorías que encuadren a cada respuesta dada por los entrevistados, se las reagrupó, y diferenció para poder comparar las opiniones entre pacientes y terapeutas. De este modo se facilitó la manipulación y organización de la información.

Una vez obtenido el cuadro comparativo con las frases relevantes, y estas mismas, categorizadas por similitudes y diferencias, se realizó un análisis escrito caso por caso, entre

paciente y su terapeuta; y luego se tuvieron en cuenta consideraciones generales, aspectos, que se vieron repetidos entre las terapeutas y entre los pacientes.

Luego se realizó una síntesis escrita, que relacionó los temas que surgieron de las entrevistas efectuadas, con las bases teóricas propuestas y los objetivos, tanto general como específicos de la investigación (Romeu Gómez, 2004).

Para el objetivo específico “Describir las perspectivas de los terapeutas ocupacionales acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional” se analizaron los datos obtenidos de las preguntas:

“¿De qué modo evalúa al paciente? ¿Por qué? ¿Utilizaría algún otro método? Si es así, ¿por qué no lo hace/hizo?”, “¿Con qué criterios fueron seleccionados los objetivos de tratamiento? Teniendo en cuenta los intereses del paciente, la evolución de la enfermedad, intereses de la familia, el contexto físico, social y cultural”, “¿Cuáles son los objetivos de tratamiento planteados?”, “¿Con qué criterios selecciona las actividades a realizar en la sesión?”, “¿Estas actividades abarcan los intereses del paciente? ¿En qué sentido?”, “¿Se seleccionan en relación a los materiales disponibles, el tiempo y espacio de la sesión y otros recursos de la institución?”, “¿Siente que existen aspectos que interfieren/obstaculizan su plan de tratamiento? ¿Cuáles? ¿Cómo lo hacen? (limitaciones temporales, espaciales, económicas, materiales, normativas)”, “¿Cómo valoraría el compromiso del paciente en el tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Por qué? (En relación al ausentismo, la puntualidad y la predisposición a realizar las tareas dadas en la sesión y en su hogar). ¿Cómo lo calificaría: Muy bueno, bueno, regular, o malo?”, “¿Identifica logros del paciente en el tratamiento? ¿Cuáles? ¿Cómo los reconoce?”, “¿Detecta mejoras en el desempeño ocupacional? ¿Cuáles?”, “¿Detecta mejoras funcionales? ¿Cuáles?”, “¿Detecta mejoras en la conducta y predisposición del paciente en el espacio de Terapia Ocupacional? ¿Por qué?”, “¿Cómo valoraría su relación con el paciente: Muy bueno, bueno, regular, o malo? ¿Por qué?”, “¿Siente que el paciente tiene la confianza necesaria para comentarle sus intereses, preocupaciones, entre otras cosas? ¿Por qué?”.

Para el objetivo específico “Describir las perspectivas de los pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional” se analizaron los datos obtenidos de las preguntas: “¿Cuáles son sus expectativas actuales del tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Son distintas las expectativas que me comenta de como eran al comienzo del tratamiento? ¿En qué aspectos difieren?”,

“¿En cuanto a los objetivos del tratamiento?”, “¿En cuanto al lugar donde se lleva a cabo la sesión de Terapia Ocupacional?”, “¿En cuanto a la cantidad de pacientes que hay por sesión y la duración de la misma?”, “¿En cuanto a las actividades empleadas para el tratamiento?”, “¿Considera que sus objetivos personales son contemplados en el proceso de Terapia Ocupacional? ¿Por qué?”, “¿Tuvo participación/tiene conocimiento de la elección de los objetivos de su tratamiento? Si participó en la elección... ¿De qué manera lo hizo?”, “¿Siente que durante las sesiones de Terapia Ocupacional se trabaja/realiza actividades en pos de lograr estos objetivos? ¿De qué manera?”, “¿Identifica logros a partir de que comenzó el tratamiento? ¿Cuáles?”, “¿Siente que lo aprendido en Terapia Ocupacional pudo aplicarlo en otros aspectos de su vida cotidiana?”, “¿Cómo valoraría su compromiso con el tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Muy bueno, bueno, regular o malo? ¿Por qué?”, “¿Cómo asiste a la institución? ¿Se ve afectada su accesibilidad en relación al clima, la distancia, los medios de transporte, la necesidad de acompañante u otros? ¿Cómo se ve afectada?”, “¿Logra cumplir con los horarios de las sesiones? ¿Por qué?”, “¿Realiza los ejercicios, tareas, recomendaciones, etc, otorgadas por el profesional de Terapia Ocupacional, en su hogar, tanto como en la sesión? ¿Por qué?”, “¿Se siente motivado a asistir a las sesiones? ¿Por qué? (le gustan/o no las actividades, el clima de trabajo, la modalidad de tratamiento...)”, “¿Cómo valoraría su relación con el terapeuta ocupacional? ¿Muy buena, buena, regular o mala? ¿Por qué?”, “¿Siente la confianza necesaria para comentarle sus intereses, preocupaciones, inquietudes, molestias, entre otras cosas? ¿Por qué?”, “¿Siente que el profesional logra comprender éstas? ¿Por qué?”, “¿Siente buena predisposición y compromiso por parte del Terapeuta Ocupacional? ¿Por qué?”

Finalmente se relacionó la información obtenida con los supuestos de investigación, con el fin de encontrar coincidencias o no.

3. RESULTADOS

Se han realizado un total de diez entrevistas a pacientes y sus respectivas terapeutas ocupacionales en una institución de rehabilitación del sector público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018.

Se ha entrevistado a tres terapeutas ocupacionales, y cinco pacientes que se encuentran en una relación terapéutica, con el propósito de conocer sus perspectivas acerca del proceso del

tratamiento de terapia ocupacional. A lo largo de estas entrevistas se ha consultado acerca de diferentes aspectos cuantitativos, tales como: edad del paciente y del profesional, tiempo de evolución de la patología, tiempo de tratamiento en la institución, años de recibida de la terapeuta ocupacional, y años de trabajo de la misma en la institución. Estos datos, fueron recabados con el fin de analizar la posibilidad de relacionarlos con otros datos cualitativos en el análisis. No son considerados de relevancia por sí mismos, sino en relación con datos cualitativos. Por esto mismo fueron simplemente volcados en un cuadro comparativo a modo organizativo.

También se indagó en las entrevistas acerca de aspectos cualitativos tales como: la valoración del vínculo terapéutico, la valoración del compromiso del paciente con el tratamiento, la identificación de logros a partir del tratamiento, la contemplación de los intereses del paciente en la selección de objetivos de tratamiento, y la existencia de limitaciones pragmáticas que intervienen en el proceso.

Teniendo en cuenta los ejes de análisis anteriormente mencionados, a continuación, se describirán y compararán los resultados obtenidos.

Intereses del paciente contemplados en la selección de objetivos de tratamiento:

A partir de este eje de análisis, pudimos observar una diferencia entre los intereses planteados según la patología de los pacientes. Mientras que todos los pacientes con hemiplejía entrevistados mencionan interés en mejorar la funcionalidad del miembro afectado, los pacientes con lesión medular, nombran actividades concretas, como ser actividades de la vida diaria, de trabajo y de interés. De pacientes con hemiplejías obtuvimos respuestas como: *“Movilizar la parte izquierda (...)”*, *“(...) conseguir la mayor movilidad posible de la mano”*. En cambio, en pacientes con lesión medular, encontramos respuestas como: *“(...) no puedo ponerme el pantalón solo (...)”*, *“(...) otro objetivo fue ponerme las zapatillas (...)”*

Por otra parte, encontramos que todas las terapeutas ocupacionales mencionan entre los objetivos de tratamiento planteados, la autonomía en el desempeño de actividades de la vida diaria y/o otras áreas ocupacionales. Si bien comentan sobre objetivos particulares para cada paciente, en general todas concuerdan en situar los mismos en relación al desempeño ocupacional. Entendemos que dicha diferencia en la descripción de los objetivos por parte de terapeutas y pacientes, se debe al razonamiento profesional, al conocimiento de la disciplina y su objeto de estudio, la ocupación.

Cabe destacar que, en todos los casos, los objetivos fueron propuestos explícitamente por las terapeutas ocupacionales una vez finalizado el proceso de evaluación y luego de una breve explicación de la disciplina y sus alcances. En el contexto de una conversación, los pacientes aceptaron estos objetivos. Más adelante en las entrevistas han manifestado estar de acuerdo con los mismos, y en algunos casos, han logrado plantear inquietudes o deseos de trabajar en otros aspectos. Pensamos que, esta poca participación activa por parte de los pacientes en la elección de objetivos al inicio del tratamiento, se debe al desconocimiento que casi todos refirieron que tenían acerca de la profesión.

Este aspecto lo hemos visto reflejado en relatos de las terapeutas ocupacionales, acerca de cómo determinaron los objetivos de tratamiento, tales como: *“(...) un poco que los objetivos los fijé yo, en base a la entrevista y lo que podíamos empezar a trabajar desde la sala, ¿no? porque es como que es todo muy reciente, como que el paciente tampoco sabe mucho... de su enfermedad y de lo que viene a hacer a terapia ocupacional.”*, *“(...) el significado y el propósito se lo puse yo, pero también uno habla con la paciente y le plantea porque vamos a hacer esta actividad, si le gusta, y si no la cambiamos”*, *“(...) en base a la evaluación que hice, y en base a las prioridades del paciente, y que yo considero que son básicas para iniciar un tratamiento.”*

En un solo caso, logramos encontrar dos objetivos de tratamiento propuestos desde un inicio por el paciente.

Identificación de logros a partir del tratamiento:

Observamos que la mayoría de los pacientes mencionan el reconocimiento de logros en relación a los objetivos de su tratamiento, y es aquí en donde describen cambios en el desempeño ocupacional de actividades de la vida diaria.

Hemos encontrado discrepancias entre algunas terapeutas ocupacionales y sus pacientes acerca de las mejoras funcionales de los mismos. Dos terapeutas ocupacionales, mencionan acerca de tres casos diferentes, que no hay mejoras en la funcionalidad. Sin embargo, de estos tres pacientes, dos manifiestan que reconocen mover más el miembro afectado. A partir de los relatos, podemos suponer que esta mejoría que las terapeutas no mencionan y que los pacientes detectan como aumento de su funcionalidad, se traduce a un aumento en la confianza en sí mismos (pacientes) a partir del tratamiento, que incrementa su motivación para mover sus miembros afectados por la lesión. Por lo tanto, bien podríamos considerarlos

logros, ya que quizá, sin el tratamiento de terapia ocupacional, los pacientes no hubiesen encontrado esa capacidad conservada de hacer. Ejemplificamos con la siguiente frase de una de las terapeutas ocupacionales: *“(...) el nivel funcional del brazo estuvo siempre igual. (...) me decía “yo esto no lo hacía”, “yo este movimiento no lo tenía”. Le digo, vos no te acordás, vos los tenías todos los movimientos, lo que pasa es que no los usabas.”*

En general, hay coincidencia en la identificación de logros entre las terapeutas ocupacionales y los pacientes. Si bien en algunos casos difieren en cuanto a la funcionalidad, se mencionan logros en las mismas actividades o en similares.

Valoración del vínculo terapéutico:

Respecto a este eje de análisis, destacamos que la mayoría de los pacientes y las terapeutas coinciden en tener un buen vínculo entre ambos. Sin embargo, diferenciamos que cada una de las terapeutas ocupacionales tiene un vínculo diferente con sus pacientes, o su modo de evaluarlo es distinto. Hemos identificado vínculos donde lo primordial por parte de la terapeuta, es la confianza y la charla informal; otros donde se identifican características propias que la terapeuta intenta mantener para alojar al paciente, como preguntar si pudieron hacer ejercicios, o cómo pasaron el fin de semana; y por último han aparecido menciones a la actitud que demuestra el paciente para con el tratamiento y las actividades, como determinante para un buen vínculo terapéutico, es decir, si asiste a horario, si tiene buena predisposición o si avisa si se ausentará.

En cuanto a los pacientes, todos mencionan uno o más de uno de los siguientes calificativos para valorar el vínculo con su terapeuta ocupacional: la confianza, el buen trato, la predisposición y el interés. Es decir que mencionan cualidades de las profesionales volcadas en el tratamiento y en ellos mismos. *“(...) siempre estuvo bien dispuesta, siempre me prestó mucha atención (...)”, “(...) todas acá dentro tienen vocación por lo que hacen. Eso te lo hacen sentir y te lo hacen notar en todo momento”, “(...) podemos interactuar, charlar los dos, y... interactuamos, no es que ella da órdenes o yo no las acepto, lo bueno es que podemos interactuar”.*

Encontramos una sola diferencia entre el discurso de un paciente y su terapeuta ocupacional, donde el paciente calificó el vínculo terapéutico como “muy bueno” desde el inicio, en cambio la terapeuta indicó que la relación paciente-profesional mejoró en el tiempo, comenzando con una calificación “regular” y finalizando en “muy bueno”. La profesional explica esta mejoría

a partir de un cambio en la personalidad del paciente y en el interés del mismo en las actividades abordadas.

Valoración del compromiso del paciente con el tratamiento:

Todas las terapeutas ocupacionales valoran el compromiso de los pacientes con el tratamiento como “muy bueno”. Comentan que cumplen con los horarios establecidos, que hacen los ejercicios, que asisten, y que se esfuerzan por mejorar. Se mencionan situaciones particulares durante el tratamiento de dos pacientes en donde este compromiso variaba en relación al estado anímico y desconocimiento de sus propias habilidades (del paciente); aun así, las profesionales mantuvieron la valoración “muy bueno” en todos los casos.

Los pacientes, coinciden con la valoración mencionada por las profesionales. Refieren en unanimidad que este compromiso alto se debe al deseo de recuperarse. Esto se puede reflejar en frases como: *“Porque me quiero recuperar por completo”, “(...) quiero recuperarme”, “El progreso. Lograr evolucionar y lograr... tratar de quedar lo mejor posible.”*

En el momento que se realizaron las entrevistas, todos los pacientes se encontraban internados en la institución, lo que nos hace suponer que esto favorece al compromiso en todas las disciplinas que transitan para su rehabilitación en general, no solo en terapia ocupacional. Sus rutinas diarias se encuentran enfocadas en asistir a distintas terapias durante el día para el logro de una rehabilitación lo más completa dentro de lo posible en dicha institución.

Limitaciones pragmáticas:

Tanto las terapeutas ocupacionales, como los pacientes, encuentran limitaciones temporales en los tratamientos por causa de fallas institucionales, como la falta de disponibilidad de los camilleros y enfermeros, los horarios de cuidados personales establecidos (como la realización de cateterismo) o retrasos en otras áreas de la rehabilitación. Estos factores, impactan negativamente en el proceso de tratamiento de terapia ocupacional, ya que reducen el tiempo de las sesiones. Para ejemplificar esto, citamos a los pacientes y a las profesionales *“(...) tenemos un problema de enfermeros entonces no bajan pacientes (...)”, “(...) por ahí yo vengo tarde porque me retraso en kinesiología”, “(...) lo único que puede jorobar el tratamiento es que salga tarde de kinesiología”*

Únicamente dos pacientes mencionaron limitaciones de otro tipo: un paciente mencionó limitaciones materiales en el servicio de terapia ocupacional y otro, menciona la falta de un espacio íntimo, con mayor privacidad, para trabajar la actividad de vestido. Estos dos, más allá de haber reconocido tales dificultades, mencionan que han podido sobrepasarse y trabajar adecuadamente. *“(...) lo que se tiene como carencia en lo material, quizás es totalmente suplementado con la calidad humana, que creo que es fundamental”*.

Si bien las terapeutas ocupacionales no mencionan limitaciones materiales cuando se las interroga específicamente en este aspecto, sí aparecen comentarios que hacen alusión a éstas como *“(...) cuando elegimos una actividad concreta es en base a los materiales que tenemos. A veces traemos cosas de afuera.”*

Destacamos que un solo paciente menciona conocer la terapia ocupacional al iniciar el tratamiento, es decir, que la mayoría desconocía la disciplina. Nos atrevemos a suponer que, al ignorar la profesión, es difícil concebir expectativas altas y bien orientadas desde un inicio, no conocen las actividades que se suelen trabajar, ni en qué espacios, por ende, tampoco tienen punto de comparación como para detectar falencias o potencialidades del lugar y de la terapia.

Ninguna de las terapeutas ocupacionales menciona limitaciones en las normativas, esto lo vemos por ejemplo en un relato *“La verdad es que trabajamos libremente”*. Además, no encuentran impedimentos en la metodología de evaluación. Todas se encuentran conformes con las evaluaciones que utilizan, inclusive indican que no implementarían otras. Pensamos que esto se debe a que todas tienen entre 15 y 40 años de experiencia en la misma institución y es posible que hayan encontrado una herramienta adecuada al contexto y a las necesidades, y también al hecho de que institucionalmente no se les exige el uso de una evaluación en particular.

En solo dos casos, las terapeutas ocupacionales reconocen como limitación en el tratamiento, el estado socioeconómico de los pacientes. *“Para mí económicas principalmente, de la institución y del paciente.”*, *“(...) entrenar la cocina y eso sí, implica un gasto extra o para mí o para ella, porque todo lo que tengamos que cocinar lo tenemos que traer alguna de las dos. y eso sí es un limitante (...)”*

En general, encontramos el entorno social como factor favorecedor en el tratamiento. Varios pacientes mencionan apoyo de al menos un familiar en el proceso de rehabilitación, como por ejemplo, en la colaboración de estos para viajar de sus hogares al instituto y viceversa.

Además, en muchos casos surgió, el carácter positivo de compartir con sus compañeros de sala las sesiones y a veces, las actividades de tratamiento. “(...) *me gusta ver que mis compañeras estén haciendo o adelantando cosas como me pasó a mí.*” “(...) *y veo a este compañero y otro más que ahora se enganchó, las ganas de hacer cosas, eso es lo que me motiva*”. Esto nos resultó llamativo, ya que habíamos presupuesto que el hecho de compartir la sesión con otros compañeros sería un factor negativo para los pacientes, por predisponer al ruido, a la desatención, a la despersonalización del tratamiento, o a la escasez de materiales.

4. CONCLUSIONES

A continuación, teniendo en cuenta los objetivos y los supuestos de investigación, y basándonos en el análisis del material recolectado en las entrevistas (resultados) describiremos las conclusiones finales que hemos elaborado.

En relación al supuesto de investigación “Existen diferencias en las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional, entre los terapeutas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva, en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en el año 2018” concluimos que, ciertamente tales diferencias existen. Cabe destacar que estas radican en la posición de ambos actores dentro del proceso de tratamiento.

Las perspectivas acerca del proceso de tratamiento por parte de los pacientes se caracterizan por constantes referencias a los aspectos físicos/emocionales autorreferenciales logrados en cada instancia del proceso. Esto concuerda con lo propuesto por Boyt Schell (2011) acerca del razonamiento por parte del paciente, el cual se relaciona con experiencias vitales, características personales, situaciones de vida y problemas de desempeño.

Las perspectivas de los terapeutas ocupacionales en relación al proceso de tratamiento en general se caracterizaron por ser más holísticas, es decir, por tener en cuenta varios aspectos del paciente, su entorno, las ocupaciones y características pragmáticas del tratamiento para dar cada paso e intervención dentro del mismo, tal como lo explican Polonio López, Durante Molina y Noya Arnaiz (2003). También, se distinguen dichas perspectivas por ser objetivas en relación al desempeño y la búsqueda de autonomía en distintas áreas de ocupación, creemos que la formación de dichos profesionales les permite tener una mirada objetiva

acerca de dicho proceso para cada paciente y esto pudo verse reflejado cuando fueron entrevistadas.

En relación al supuesto de investigación “Existen situaciones en los tratamientos, en los cuales los terapeutas dejan, en cierto modo, de tener en cuenta los intereses, valores, creencias, cultura y/o significados de los pacientes, cegados ante las limitaciones pragmáticas de la institución donde se desempeñan” podemos con convicción manifestar que los resultados no se condicen con éste. Si bien se han encontrado en el relato de distintas profesionales el registro y existencia de limitaciones pragmáticas en los distintos procesos de tratamiento de sus pacientes, podemos concluir que dichas profesionales no dejan de tener en cuenta los intereses, valores, creencias, cultura y/o significados de los pacientes a la hora de plantear y llevar a cabo el proceso de tratamiento. Se puede apreciar en sus relatos como toman dichas cuestiones en cuenta y reorganizan/ajustan cada etapa del proceso con sus respectivas actividades para cumplir con los requerimientos tanto del paciente como de los objetivos propuestos. De esta manera, en la práctica de las terapeutas ocupacionales entrevistadas, encontramos el concepto de habilidades profesionales desarrollado por Polonio López (2001). También es notable, en las entrevistas de los pacientes, el reconocimiento de sus intereses en la práctica de terapia ocupacional.

En cuanto al supuesto de investigación “Existen situaciones en los tratamientos donde los pacientes no ven reflejados sus objetivos y metas personales de tratamiento” podemos referir que los hallazgos no condicen con el mismo. Basándonos en las narrativas de los pacientes entrevistados, en todos los casos ellos registran metas personales dentro de los objetivos del tratamiento. En algunos casos sugieren que tales objetivos en principio fueron propuestos por parte de la profesional y siempre consultados con ellos para su aprobación.

Reiteramos que, creemos que dicha situación, en varias ocasiones, se debe al desconocimiento de la disciplina por parte de los pacientes, a los que la profesional instruye al comienzo del tratamiento. Luego la participación en el plan de tratamiento logra ser fluido producto de un intercambio de intereses tanto personales como funcionales de parte de los dos actores (profesional/paciente), esto se debe al conocimiento del rol central que ocupa el paciente dentro del proceso de tratamiento, que se logra gracias a la instrucción inicial de la profesional acerca del proceso. Coincidiendo con Aranaz (2000), a partir de la experiencia de la investigación, afirmamos que la satisfacción del paciente está ligada a la comunicación que

establece con el profesional, y al ambiente de confianza que se genera a partir de ésta, que influye en la autopercepción del paciente.

Nos ha llamado la atención que, de manera reiterada, los pacientes manifiestan y resaltan actitudes, atenciones y la empatía que observan por parte de las terapeutas ocupacionales, y que éstas son reflejadas al momento de plantear las intervenciones. Podemos suponer que esto se debe a conceptos internalizados que poseen las profesionales, que se relacionan con la filosofía de la disciplina, tales como, el de autoconciencia y el uso terapéutico del yo mencionado por Polonio López (2011).

Además de mencionar lo hallado en relación a los supuestos de investigación, nos parece relevante destacar un aspecto que se manifestó en todas las entrevistas realizadas a las terapeutas ocupacionales. Al indagar acerca del compromiso del paciente en el tratamiento, han circunscripto al paciente a un rol “cumplidor”, es decir, aquel que asiste a las sesiones, realiza los ejercicios y es puntual. Si bien las preguntas en las entrevistas hacían alusión a estos aspectos, en ninguno de los casos han surgido características de la personalidad de los pacientes.

Como cierre de dicha investigación, podemos considerar algunos aspectos metodológicos pertinentes a nombrar para ampliar/mejorar dicho trabajo tales como: incrementar el tamaño de la muestra para lograr mayor representatividad, poder realizar el trabajo de campo en diferentes instituciones por el mismo motivo y para tener mayor diversidad de características tanto institucionales como situaciones particulares de pacientes y profesionales.

Otro aspecto importante guarda relación con las condiciones impuestas por la institución que tuvimos que cumplir para realizar el trabajo de campo: se solicitó acceder a las entrevistas previo a llevarlas a cabo. Por lo tanto, los profesionales contaron con las preguntas que se les iban a realizar con anticipación. Creemos que si todos los actores hubiesen desconocido la información hasta el momento de la entrevista las respuestas contarían con mayor neutralidad e imparcialidad.

5. BIBLIOGRAFÍA

Acero, M., Caicedo, M. E., González Uribe, M., & Ortega, M. A. (1987). Conceptualización y praxis en la Terapia Ocupacional. *Acción* (p. 11-31). Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde dirección <http://www.tocolombia.org/revista>

A. F., & M. M. (2016). Principales problemas bioéticos en la práctica de la Terapia Ocupacional. Estudio exploratorio. *Terapia Ocupacional de Galicia*, 13, (p. 1-17). Recuperado el 2 de abril de 2017, desde dirección <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original5.pdf>

AOTA (2000). Código Ético de Terapia Ocupacional. Traducido por Matilla Mora R. Recuperado el 30 de marzo de 2017, desde dirección <http://terapia-ocupacional.com/articulos/CodigoEtico.shtml>.

AOTA (2010) Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da ed.) Traducido de American Occupational Therapy Association (2008)

Aranaz Jesús, M.J.J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Revista Calité* (p. 26-33). Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde dirección http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf

Ayres Rosa, S. (2011). Colaboración centrada en el cliente. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p. 286-289). Madrid: Panamericana

Bellido M., J. R., Berrueta M., L. M. (2011). La relación terapéutica en terapia Ocupacional. *Terapia Ocupacional de Galicia*. Vol 8 (13). Recuperado el 4 de abril de 2017, desde dirección <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>

Berlinguer G. (2003). Erosión y amplificación de la ética médica. En *Ética de la Salud*. (p. 49-59). Lugar Editorial

Billock, C. Espiritualidad, ocupación y terapia ocupacional. En *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p.90-96). Editorial Médica Panamericana.

Bonetto M., Rosselló M., Ron M., Swinnen H. (2008). Terapia Ocupacional. Abordaje en pacientes neurológicos adultos. *Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*. Vol. 11 (2) (p. 35-42). Recuperado el 26 de mayo de 2017, desde dirección <http://www.annyn.org.ar/?a=vp&i=207>

Bottinelli, M. M., Pawlowicz, M. P. (2007). Introducción a los métodos cualitativos. En *Metodología de Investigación*. (p. 77-130). Ed. el autor.

Boyt Schell B.A. (2005). Razonamiento profesional en la práctica. En Crepeau, Cohn & Schell, *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional* (p. 314-327). Editorial Médica Panamericana.

Carretero Ares, W. Bowakim Dib, J. M. Acebes Rey. Actualización esclerosis múltiple. *Revista de medicina familiar y comunitaria* (s,p). Recuperado el 17 de junio de 2017, desde dirección http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, (p. 89-115). Recuperado el 4 de abril de 2017, desde dirección <http://www.redalyc.org/pdf/159/15905305.pdf>

Crepeau, Elizabeth, B., Cohn, Ellen, S., (2011). La narrativa como clave del conocimiento. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p. 328-341). Madrid: Panamericana

Dickerson, G.(2011). Mientras me concentraba en mi recuperación me olvidé de vivir. En *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p. 126-132). Editorial Médica Panamericana.

Doherty, Regina, F. (2011). Toma de decisiones éticas en la práctica de la terapia ocupacional. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p. 274-285). Madrid: Panamericana

Feriotti, M. L. Construcción de la identidad profesional del terapeuta ocupacional en el marco epistemológico actual: una mirada particular desde Brasil. *Terapia Ocupacional de Galicia* 25, (p. 1-15) Recuperado el 28 de Mayo de 2017, desde dirección <http://www.revistatog.com/num25/pdfs/100añosdeterapia1.pdf>

Ferreira, M. A. (2008). La construcción social de la discapacidad: habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas*. Vol. 17 (1). Recuperado el 01 de abril de 2017, desde dirección <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0808120221A/26443>

Ferreira, V. M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, (p. 141-174). Recuperado el 01 de abril de 2017, desde dirección http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_124_051222873458779.pdf

Godoy L., M., Gálvez, M., & Lagos F., A. (2010). Construcción de significados de experiencia de cuerpo con personas en situación de discapacidad física adquirida. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (p. 71-83). Recuperado el 01 de abril de 2017, desde dirección <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/10562/>

Guajardo C., A. (2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*. (p.18-29).

Kielhofner G. (2004). Dimensión del hacer. En *Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*, (3era ed.) (p. 131-141). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Lawlor, M.C., Mattingly, C. (2011). Conocimiento de las perspectivas de la familia sobre la enfermedad y la experiencia de la discapacidad. En *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p.33-44). Editorial Médica Panamericana.

Mainar, J. R. (s.f.) ¿Comprendemos al hombre moderno de hoy?. Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde dirección http://terapia-ocupacional.com/articulos/Comprendemos_hombre_moderno_de_hoy_Bellido_mayo15.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005). Declaración Universal sobre Bioética y los Derechos Humanos. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, desde dirección http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Organización Mundial de la Salud. (2016). ¿Qué son los trastornos neurológicos? Recuperado el 25 de mayo de 2017, desde dirección <http://www.who.int/features/qa/55/es/>

Oleñik C. L. M, Cudas M., González V. (2016). Factores de riesgo cardiovascular en accidente cerebrovascular. *Revista virtual de postgrado*. Recuperado el 20 de junio de 2017, desde dirección <http://revista.medicinauni.edu.py/index.php/FM-uni/article/view/11>

Polonio L., B. (2001). Fundamentos filosóficos de la Terapia Ocupacional. En *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional* (1era ed) (p. 35-48). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Polonio L., B. (2001). Destrezas y habilidades profesionales del terapeuta ocupacional. En *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional* (1era ed.) (p. 133-151). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Polonio L., B. (2015). Proceso de terapia ocupacional en personas con disfunciones físicas y documentación del servicio. En *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas. Teoría y práctica* (2da ed) (p. 63-90) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Polonio L. B., Rueda Moreno, N. (2003). Marcos de referencia y modelos aplicados frecuentemente a la disfunción física. En *Terapia Ocupacional en Discapitados Físicos: Teoría y Práctica*. (p. 31-37). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Pollie Price(2011). La relación terapéutica. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B., *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p. 328-341). Madrid: Panamericana

Puga Torres M. S., Padrón Sánchez A., Bravo Pérez R. (2003). Síndrome de Guillain Barré, *Revista Cubana de Medicina Militar*. Recuperado el 18 de junio de 2017, desde dirección http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000200009

Rivera T. C., Simó A. S. (2001). Organización del conocimiento en Terapia Ocupacional. En Polonio López, B., Durante Molina, P., Noya Arnaiz, B. *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional* (p. 42-63). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rogers, J. C., Holm, M. B. (2005). Evaluación de las Áreas de Ocupación Sección I. En Crepeau, Cohn, & Schell, *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional* (p. 315-339). Editorial Médica Panamericana.

Rogers, J. C, Holm, M. B (2011). Proceso de terapia ocupacional. En *Willard & Spackman's Terapia Ocupacional* (11ava ed.) (p.478-518). Editorial Médica Panamericana.

Rojas, J., Zurru, M.C., Patrucco, L., Romano, M., Riccio, P.M., Cristiano, E (2006). Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica. En revista Medicina Buenos Aires (V66) (n6). Recuperado el 18 de junio de 2017 desde dirección http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802006000600008&script=sci_arttext&tlng=pt

Rondina M. C. (2011). Narrativa y Terapia Ocupacional: una perspectiva constructivista. Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde dirección http://terapia-ocupacional.com/articulos/Narrativa_terapia_ocupacional_constructivismo_Rondina_marzo11.pdf

Sabino, C., (1992). El proceso de investigación. Caracas: Panapo

Samaja, J. A. (2002). El proceso de investigación y sus dimensiones. En *Epistemología y Metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. (3era ed.) (p. 23-50). Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Samaja, J. A. (2002). El análisis del proceso de investigación En *Epistemología y Metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. (3era ed.) (p. 203-307). Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Sampieri H., R., Fernández-Collado, C., Baptista L., P. (2006). El proceso de la investigación cualitativa. En *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.) (p. 521-719). México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.

Sautu, R. (s.f.). Estilos y prácticas de la investigación biográfica. En *El Método Biográfico: la reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*. (p. 21-60). Editorial de Belgrano.

Simó, A. S., Urbanowski, R. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. *Terapia Ocupacional de Galicia*. Recuperado el 26 de mayo de 2017, desde dirección <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>

Texas Heart Institute (s.f.). Accidente cerebrovascular. Recuperado el 19 de junio de 2017, desde dirección http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strok_sp.cfm

Trujillo Rojas, A., Cuervo Echeverri, A., Escobar de Villate, M. (2000). Más allá de una visión clínica de la discapacidad. *Ocupación Humana* (p. 28-38). Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde dirección <http://www.tocolombia.org/revista>

Trujillo Rojas Alicia, M.A OTR. (1995). Desempeño ocupacional realizante: un modelo sobre los propósitos de la terapia ocupacional. *Ocupación Humana* (p. 11-22). Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde dirección <http://www.tocolombia.org/revista>

Trujillo Rojas, A. M.A. OTR (1987). Reflexiones sobre la identidad del terapeuta ocupacional. *Acción*, (p. 33-47). Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde dirección <http://www.tocolombia.org/revista>

Ynoub, R. (s.f.) El diseño de la investigación: una cuestión de estrategia.

Zabala Baños M. C. (2015) Impacto del traumatismo y la enfermedad en el individuo. Factores que afectan el resultado. Proceso de adaptación a la disfunción. En *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas. Teoría y práctica* (2da ed.) (p. 105-117) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Zeller J. L. (2007). *The Journal of the American Medical Association*. Recuperado el 20 de junio de 2017, desde dirección file:///C:/Users/adria/Downloads/pdfpat071107.pdf

6. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto de investigación:

“Diferencias en las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento, de los terapeutas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva.”

El mismo será realizado por tres alumnas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín, a saber: Diaco Jimena. DNI 38.797.468, Hurtado Daniela Trinidad. DNI 38.588.213. y Rotondo María Agustina. DNI 37.843.844.

El propósito de la investigación es conocer las diferencias entre las perspectivas del terapeuta ocupacional y las de sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida, sin alteración cognitiva, respecto al tratamiento de Terapia Ocupacional.

La evaluación que se desea llevar a cabo será una entrevista acerca del proceso de Terapia Ocupacional y como el paciente y la terapeuta ocupacional percibe la eficacia del mismo. Se preguntará acerca de sus objetivos, expectativas y su relación con el profesional/paciente.

Las entrevistas se realizarán en una institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina, en un horario a convenir con el entrevistado. Las mismas serán grabadas en audio y llevadas a cabo por las alumnas mencionadas con anticipación quienes serán las que se encuentren presentes al momento de la entrevista.

Cabe aclarar que toda la información que se obtenga será confidencial de acuerdo a lo que establece la Ley N° 25.326 de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data). Es decir, se preservará la identidad de los entrevistados. Esto significa que los datos personales no serán divulgados públicamente y serán utilizados únicamente por el equipo de investigadores, en el contexto de esta investigación.

Los resultados de la investigación serán expuestos en la Universidad Nacional de San Martín, quién la respalda, y en la institución de rehabilitación del ámbito público, en Buenos Aires, Argentina.

La administración de las pruebas y cuestionarios, no implica riesgo directo para la salud de los evaluados. La participación en la evaluación puede terminarse en cualquier momento, en tanto los evaluados así lo indiquen.

La participación en este proyecto no alterará la dinámica ni la calidad del tratamiento recibido, así como tampoco afectará a la relación terapeuta-paciente.

Manifestación del consentimiento para la realización de la evaluación

Declaro haber comprendido en qué consiste la evaluación y sus riesgos, y habiendo tenido la oportunidad de formular toda clase de preguntas en relación a los procedimientos descritos del proyecto: “Diferencias en las perspectivas, acerca del proceso de tratamiento, de los terapeutas ocupacionales y sus pacientes adultos con enfermedad neurológica adquirida sin alteración cognitiva.”, acepto la participación en el mismo, pudiendo retirar mi aprobación en el momento que lo desee.

Firma

ENTREVISTA AL PACIENTE

Entrevistador:

Entrevista n°:

Fecha de entrevista:

Código n°:

Diagnóstico:

Tiempo de evolución de la patología:

1. ¿Cuántos años tiene?

2. ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento de Terapia Ocupacional en la institución?

4. ¿Cuáles son sus expectativas actuales del tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Son distintas las expectativas que me comenta de como eran al comienzo del tratamiento? ¿En qué aspectos difieren?

. ¿Qué espera/opina en cuanto a los objetivos del tratamiento?

. ¿Qué espera/opina en cuanto al lugar donde se lleva a cabo la sesión de Terapia Ocupacional?

. ¿Qué espera/opina en cuanto a la cantidad de pacientes que hay por sesión y la duración de la misma?

. ¿Qué espera/opina en cuanto a las actividades empleadas para el tratamiento?

5. ¿Tuvo participación/tiene conocimiento de la elección de los objetivos de su tratamiento?
Si participó en la elección... ¿De qué manera lo hizo?

. ¿Cuáles son sus objetivos a trabajar en Terapia Ocupacional? ¿Considera que sus objetivos personales son contemplados en el proceso de Terapia Ocupacional? ¿Por qué?

. ¿Siente que durante las sesiones de Terapia Ocupacional se trabaja/realiza actividades en pos de lograr estos objetivos? ¿De qué manera?

6. ¿Identifica logros a partir de que comenzó el tratamiento? ¿Cuáles?

. ¿Siente que lo aprendido en Terapia Ocupacional pudo aplicarlo en otros aspectos de su vida cotidiana?

7. ¿Cómo asiste a la institución? ¿Se ve afectada su accesibilidad en relación al clima, la distancia, los medios de transporte, la necesidad de acompañante u otros? ¿Cómo se ve afectada?

¿Logra cumplir con los horarios de las sesiones? ¿Por qué?

¿Realiza los ejercicios, tareas, recomendaciones, etc, otorgadas por el profesional de Terapia Ocupacional, en su hogar, tanto como en la sesión? ¿Por qué?

¿Se siente motivado a asistir a las sesiones? ¿Por qué? (le gustan/o no las actividades, el clima de trabajo, la modalidad de tratamiento...)

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores, ¿Cómo valoraría su compromiso con el tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Muy bueno, bueno, regular o malo? ¿Por qué?

8. Las siguientes preguntas están orientadas a conocer su relación con la terapeuta ocupacional:

. ¿Siente la confianza necesaria para comentarle sus intereses, preocupaciones, inquietudes, molestias, entre otras cosas? ¿Por qué?

. ¿Siente que el profesional logra comprender éstas? ¿Por qué?

. ¿Siente buena predisposición y compromiso por parte del Terapeuta Ocupacional? ¿Por qué?

. Teniendo en cuenta todo esto, ¿Cómo valoraría su relación con el terapeuta ocupacional? ¿Muy buena, buena, regular o mala? ¿Por qué?

Comentarios:

ENTREVISTA AL TERAPEUTA OCUPACIONAL:

Entrevistador:

Entrevista n°:

Fecha de entrevista:

Código n°:

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿Cuántos años lleva recibida?

3. ¿Cuántos años lleva trabajando en la institución?

4. ¿De qué modo evalúa al paciente? ¿Por qué? ¿Utilizaría algún otro método? Si es así, ¿por qué no lo hace/hizo?

5. ¿Con qué criterios fueron seleccionados los objetivos de tratamiento? Teniendo en cuenta los intereses del paciente, la evolución de la enfermedad, intereses de la familia, el contexto físico, social y cultural. ¿Por qué? ¿Cuáles son los objetivos de tratamiento planteados?

6. ¿Con qué criterios selecciona las actividades a realizar en la sesión? ¿Por qué?

. ¿Estas actividades abarcan los intereses del paciente? ¿En qué sentido?

. ¿Se seleccionan en relación a los materiales disponibles, el tiempo y espacio de la sesión y otros recursos de la institución?

7. ¿Siente que existen aspectos que interfieren/obstaculizan su plan de tratamiento? ¿Cuáles? ¿Cómo lo hacen? (limitaciones temporales, espaciales, económicas, materiales, normativas)

8. ¿Cómo valoraría el compromiso del paciente en el tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Por qué? (En relación al ausentismo, la puntualidad y la predisposición a realizar las tareas dadas en la sesión y en su hogar). ¿Cómo lo calificaría: Muy bueno, bueno, regular, o malo?

9. ¿Identifica logros del paciente en el tratamiento? ¿Cuáles? ¿Cómo los reconoce?

. ¿Detecta mejoras en el desempeño ocupacional? ¿Cuáles?

. ¿Detecta mejoras funcionales? ¿Cuáles?

. ¿Detecta mejoras en la conducta y predisposición del paciente en el espacio de Terapia Ocupacional? ¿Por qué?

10. ¿Cómo valoraría su relación con el paciente: Muy buena, buena, regular, o mala?
¿Por qué?

. ¿Siente que el paciente tiene la confianza necesaria para comentarle sus intereses, preocupaciones, entre otras cosas? ¿Por qué?

Comentarios:
