



UNSAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Instituto de Ciencias de
la Rehabilitación y del Movimiento
Licenciatura en Terapia Ocupacional

Asignatura: Diseño de Trabajo Final y Metodología de la Investigación.

Equipo docente:

- Dra. Mariela Nabergoi
- Esp. Andrea Albino
- Lic. Florencia Itovich
- Lic. Luisa Rossi
- Lic. Macarena Lopez

Docente Supervisor:

- Lic. Luisa Rossi

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

TEMA:

**El vínculo terapéutico desde las perspectivas de los profesionales de
Terapia Ocupacional (T.O.) y los usuarios, en los efectores de salud
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2018-2019.**

GRUPO N° 13

Año de cursada: 2018

Alumnos:

- Bardessono, Giselle: DNI 24.741.082
gibardessono@gmail.com
- Lungarzo, Florencia Inés: DNI 34.400.061
flungarzo@hotmail.com
- Mondelo, Carla Noelia: DNI 34.733.599
carlamondelo1@gmail.com

Fecha de presentación: 1° de Octubre de 2019

AGRADECIMIENTOS

A todos los usuarios y profesionales de T.O. que con tanta predisposición y calidez aceptaron participar en nuestro trabajo final integrador.

A las profesoras de Metodología y Diseño Final por su guía y pasión por el conocimiento.

A la Universidad Nacional de San Martín, universidad pública por formarme como profesional.

A mi familia, y amigos por acompañarme y alentarme siempre.

A Carli y a Flor mis amigas, colegas, por su dedicación, esfuerzo y generosidad en todo este proceso de aprendizaje.

A mi compañero de Vida, Juan, por su apoyo y confianza incondicional.

A la Vida en todas sus formas y expresiones, compleja para la mente humana y simple si la miramos desde el corazón.

Giselle, Bardessono

Quisiera agradecer en primer lugar a mi compañero de vida por estar firme al lado mío durante todo este proceso, dándome su apoyo y fuerza en todo momento.

A mi familia y amigos, especialmente Laura y Malvina, por estar siempre, por escucharme y alentarme cuando es necesario, y por sobre todo comprender las ausencias.

A nuestra tutora y docentes de la cátedra de Metodología de la Investigación y Diseño Final, por acompañarnos en este recorrido.

Y por último, a los usuarios y profesionales de T.O. que participaron en nuestro T.F.I, por dedicarnos su tiempo y dedicación para llevar a cabo la investigación. Sus relatos nos permitieron re pensarnos y reflexionar a lo largo de todo este trabajo, Gracias.

Florencia, Lungarzo

Se cierra una etapa y quisiera agradecer en primer lugar a Dios por haberme dado esta vocación profesional que me permite dar y recibir tanta humanidad y que saca lo mejor de mí. También quisiera agradecer especialmente a mis padres por darme la vida y los medios para formarme; a mi abuela mi gran inspiradora, que desde el cielo me sigue alentando y comparte conmigo este logro; a mi familia que día a día me sostiene.

A las profesoras de la cátedra, por el acompañamiento y las supervisiones que nos permitieron avanzar en este proceso. A los que participaron de las entrevistas tanto T.O. como usuarios de los distintos servicios, por brindarnos su tiempo y disponibilidad, por dejarnos indagar en sus vivencias tan enriquecedoras. A todas aquellas personas que de algún modo me inspiraron y me inspiran a seguir construyendo desde la teoría y la práctica el ejercicio de la profesión.

Comienza una nueva etapa, y esta investigación me brindó la posibilidad de ahondar en la importancia de centrarse en la persona como tal, escuchando sus necesidades y siendo comprensiva y solidaria con su situación y más aún con su sufrimiento. Quizá este sea mi mayor compromiso y mi mayor desafío como profesional de aquí en adelante; sé que es posible con pasión y esfuerzo, siguiendo el ejemplo de aquellos que me han precedido en la edificación de un mundo mejor y más justo en el cual quepan todos.

Carla, Mondelo

El encuentro entre sujetos sólo es posible si se percibe al otro como un par, pero distinto de sí. (...) Vínculo es reconocer al otro original, con su mundo particular de relaciones, sus dificultades y posibilidades, a descubrir o redescubrir, a construir juntos (Paganizzi, 1991, p. 83)

ÍNDICE

A. Tema	5
B. Palabras claves.....	5
1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	6
1.1 Planteamiento del problema científico	6
1.2 Pregunta de investigación	11
1.3 Relevancia y justificación	11
1.4 Supuestos	11
1.5 Objetivos	12
2. <u>DESARROLLO</u>	13
2.1 Marco teórico	13
2.2 Metodología	22
2.2.1 Tipo de Diseño de investigación	22
2.2.2 Universo y muestra	23
2.2.3 Definiciones operacionales	25
2.2.4 Fuentes de datos	29
2.2.5 Instrumentos	30
2.2.6 Análisis de datos	31
2.2.6.1 Procesamiento	32
2.2.6.2 Sistematización	35
2.3 Resultados	39
3. <u>CONCLUSIONES</u>	57
4. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	65
5. <u>ANEXOS</u>	78
5.1 Consentimientos informados	78
5.2 Instrumentos de recolección de datos	81
5.3 Tabla de Respuestas de los profesionales de T.O. – Variables suficientes	83
5.4 Tablas de Frecuencia	84
5.4.1 Tabla de Frecuencias de la variable Edad	84
5.4.2 Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido	84
5.4.3 Tabla de Frecuencias de la variable Años de experiencia laboral	85
5.4.4 Tabla de Frecuencias de la variable Campo de intervención	85
5.5 Cuadro de Respuestas de los profesionales de T.O. – Ejes de análisis	86
5.6 Tabla de Respuestas de los usuarios – Variables suficientes	138
5.7 Tablas de Frecuencia	139
5.7.1 Tabla de Frecuencias de la variable Edad	139
5.7.2 Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido	139
5.7.3 Tabla de Frecuencias de la variable Tipo de efector	140
5.8 Cuadro de Respuestas de los usuarios – Ejes de análisis	141

A. Tema:

El vínculo terapéutico desde las perspectivas de los profesionales de Terapia Ocupacional (T.O.) y los usuarios, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los años 2018-2019.

B. Palabras claves:

- Vínculo terapéutico
- Terapia Ocupacional
- Usuarios

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema científico:

Es necesario aclarar que en todo el trabajo final integrador (T.F.I.) nos referiremos al paciente como “usuario”, considerando que el significado de “paciente” es atravesado por el modelo médico hegemónico por el cual fue impuesto. Como mencionan Lemus Alcántara, Hamui Sutton, Ixtla Pérez, Maya (2017) en la atención de salud se considera al paciente como pasivo por lo cual consideramos necesario emplear el término “usuario” al referirnos a todas las personas que concurren al servicio de Terapia Ocupacional (T.O.) en sus diversos campos de intervención, siendo sujetos de derecho, capaces de elegir y tomar decisiones en favor de su salud y autonomía.

Por otra parte, nos referiremos a la interacción entre el usuario y el profesional de T.O. como “vínculo terapéutico” citando el concepto de Riviere (2008) en relación a su teoría del vínculo (1980) mencionando el término “relación” (Teoría de las relaciones de objeto) cuyo objeto de estudio es el sujeto (concepto unidireccional) haciendo referencia a la estructura interna del vínculo heredada de la psicología atomista, y por otra parte el término “vínculo” (Teoría del vínculo) el cual se centra en los efectos subjetivos que tiene el encuentro con el otro (concepto bidireccional) incluyéndose la conducta. Paganizzi (1991) adhiere a este último, y refiere que un vínculo es terapéutico cuando sucede en un espacio particular, llamado encuadre, el cual lo considera como organizador del mismo.

A modo de introducción nos remitiremos a los fundamentos históricos que dieron lugar a los conceptos actuales de nuestra disciplina, recordando que la Terapia Ocupacional en Argentina ha tenido en sus inicios una impronta anglosajona, países como EE.UU, Canadá, Australia e Inglaterra han desarrollado la teoría y práctica de la profesión (Guajardo y Simó Algado, 2010) focalizando la relación terapéutica en el uso terapéutico del “self”.

1.1.1 Relación terapéutica y sus aportes teóricos

En el siglo XX el término *relación terapéutica* fue introducido como consecuencia de la fuerte influencia de los conceptos psicoanalíticos, fundamentalmente haciendo referencia a los fenómenos inconscientes de la transferencia y contratransferencia, Freud (1981) citado por Castellanos Ortega (2016).

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (2014) (citando a Crepeau, 2003) menciona que los profesionales de T.O. intervienen a través de un enfoque de colaboración y comprensión a lo largo del proceso de intervención, desarrollando destrezas de comunicación e interacción con los usuarios cada vez que se establece un encuentro. En este encuentro entre el profesional de T.O. y el usuario,

Pellegrini (2013) sostiene que el propósito de esta relación está en ayudar al paciente a identificar sus problemas y planificar objetivos, entre otros.

También podemos decir que para Early (1996) relacionarse con los pacientes es una destreza y se desarrolla con la experiencia, con esfuerzo y práctica. Las cualidades terapéuticas necesarias por parte del profesional de T.O. para desarrollar una buena relación con el usuario durante todo el proceso son:

- Empatía
- Sensibilidad
- Respeto
- Calidez
- Autenticidad
- Específico o Sencillez
- Inmediatez o el aquí y el ahora. (Pellegrini, 2013, p. 138)

A partir del desarrollo de estas cualidades el profesional moldea junto con el usuario la relación. Como mencionan Paddy, Wright-Sinclair y Smythe, 2002; Peloquin, 1993, 2003; Tickle-Degnen, 2002. (Citados por Price, 2011):

Varios autores han postulado la hipótesis de que la relación terapéutica se desarrolla en fases y que la relación en desarrollo moldea y es moldeada por el terapeuta y la participación del cliente en el proceso de la terapia y su experiencia de ella. (p. 331).

Desde el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (2014), la formación de la Relación Terapéutica se estructura a partir del “uso terapéutico de uno mismo” como parte integral de toda la práctica. El desarrollo de la misma se lleva a cabo a través del razonamiento clínico centrado en la persona y la empatía.

La empatía es el intercambio emocional entre los terapeutas ocupacionales y los clientes que permite una comunicación más abierta, asegurándose de que los profesionales se conecten con los clientes en un nivel emocional, con el fin de ayudarles en su actual situación de vida. (Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, 2014, p. 19)

Surge aquí el uso de un componente fundamental, la empatía, el cual Peloquin (2003) citado por el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (2014) lo menciona como importante ya que permite conectar a nivel emocional con los usuarios. Este componente, junto con la narrativa y el razonamiento clínico a lo largo del proceso otorga sentido y significado a la información que se le brinda al usuario.

Otros autores, como Price (2011), sostienen:

Los terapeutas ocupacionales que entran en las vidas de esos individuos, en esos momentos, son llamados a crear relaciones terapéuticas que transmitan empatía y una voluntad constante tanto de “estar ahí” como de “hacer con los” clientes

a través de un proceso que los clientes no esperaban y no podrán superar solos.
(p. 328)

En gran parte, el uso terapéutico del yo o también llamado uso terapéutico del “self” es producto del grado de conocimiento y destrezas/habilidades del profesional que son puestas en juego en la práctica en los acontecimientos interpersonales. Por lo cual, el uso terapéutico es una destreza/habilidad de la Terapia Ocupacional que debe ser desarrollada, reforzada, controlada y refinada (Taylor, 2011).

En cuanto al usuario Price (2011) señala que se presenta desde su realidad, y el profesional de T.O. mediante el uso de las cualidades antes mencionadas, permitirá que la relación terapéutica se lleve a cabo en un cierto clima de intimidad en el cual se ponen en juego factores como la identidad del paciente, el grado de recuperación esperada y el proceso de adaptación, los cuales forman parte del proceso de Terapia Ocupacional.

Law y Mills (1998) citado por Ayres Rosa (2011) señalan siete conceptos comunes a todos los modelos de práctica centrada en el usuario de la Terapia Ocupacional:

- 1- Respeto por los clientes y sus familias, y por las elecciones que toman.
- 2- Reconocimiento de que los clientes y las familias tienen la responsabilidad final de las decisiones sobre los servicios ocupacionales y de terapia ocupacional diarios.
- 3- Provisión de información, confort físico y apoyo emocional con énfasis en la comunicación centrada en el cliente.
- 4- Facilitación de la participación del cliente en todos los aspectos del servicio de terapia ocupacional.
- 5- Prestación de servicios de terapia ocupacional individualizados y flexibles.
- 6- Facilitación de la capacidad de los clientes para resolver sus problemas de desempeño ocupacional.
- 7- Reconocimiento de la relación persona-entorno-ocupación y enfoque en ello.

Esta lista refleja claramente, el respeto por los clientes como agentes morales autónomos y los principios que Rogers abrazaba. (p. 287)

Según esta autora uno de los desafíos para los profesionales que trabajan en rehabilitación es comprender los valores y las preocupaciones de los usuarios y reflexionar sobre sus prioridades, en contraposición al modelo médico hegemónico que impone su conocimiento en el que los usuarios quedan sujetos bajo el mandato “experto” de los profesionales. Además plantea como otro desafío a los contextos institucionales que se rigen bajo este modelo ya que resultan ser una barrera para los profesionales que utilizan el modelo centrado en el cliente influyendo en el ámbito de la terapia.

A partir de la interacción entre el usuario y el profesional de T.O., señalan García Laborda y Rodríguez Rodríguez (2005) citados por Talavera Valverde y Bartolomé Domínguez (2012) se produce:

Una negociación intersubjetiva en la que, a través del discurso que se establece entre profesional y persona, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-ausencia de ésta. Por lo tanto, es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual se transmiten los significados entre personas y grupos. (p. 335)

Según Freud los conceptos de transferencia y contratransferencia marcaron el uso del término “relación terapéutica” (1981) los cuales parten de los fenómenos inconscientes del sujeto. Mencionan Costa y Carballido (2016) que la transferencia se define como el conjunto de afectos que el usuario proyecta sobre el terapeuta, estos sentimientos no corresponden a situaciones reales sino a los afectos que le generaban las relaciones con sus figuras materno/paternas. Por otro lado afirman los autores que la contratransferencia es la respuesta emocional del profesional a los estímulos que provienen del usuario como resultado de la influencia de este sobre los sentimientos del profesional. Early (1996) citada por Pellegrini (2013) señala que si el terapeuta ocupacional puede reconocer la transferencia del usuario, podrá moverse del lugar que le otorga y tendrá la posibilidad de ofrecerle un nuevo modelo de relación.

Por otra parte, surge la teoría del vínculo de Riviere citado por Taragano (1980) el cual encuadra su estudio dentro del campo de la psiquiatría del vínculo y de las relaciones interpersonales. El autor toma como fuente principal a la teoría de las relaciones del objeto que imperaba en el psicoanálisis kleiniano (concepto unidireccional) que corresponde a la estructura interna del vínculo, ampliando el concepto "vínculo", el cual se focaliza en los efectos subjetivos que tiene el encuentro con el otro (concepto bidireccional); es aquí donde ocurre un tipo particular de relación con el objeto del cual surge una conducta más o menos fija.

Riviere menciona que el vínculo es siempre un vínculo social y a través de la relación con esa persona, en este caso “usuario”, se repite una historia de vínculos que están determinados en un tiempo y en un espacio.

Como menciona dicho autor el vínculo se relaciona con la noción de rol, de estatus y de comunicación y estos, tanto “rol” como “vínculo”, se complementan ya que en la situación del vínculo se incluye siempre el rol. La comprensión del otro en términos de rol proporciona una posibilidad de poder entrar en la situación del usuario y comprenderla quedando supeditadas la función de ayudar y de generar una relación interpersonal entre el profesional y el usuario.

Paganizzi (1991) menciona que el vínculo es bipolar, bidireccional, es decir los componentes aportan indefectiblemente a esa relación común. Según refiere la misma, el funcionamiento del vínculo dependerá de las condiciones del usuario, momento vital,

el tipo de problemática y las actitudes del profesional de T.O. llevándose a cabo en un espacio particular llamado encuadre considerando al mismo como “organizador” y por lo tanto terapéutico.

En relación a lo señalado anteriormente, nuestro T.F.I. buscará conocer y caracterizar las distintas perspectivas de los profesionales de T.O. y usuarios sobre el Vínculo Terapéutico.

La definición de Vínculo Terapéutico según Riviere citado por Paganizzi (1991) es una “estructura compleja que incluye al sujeto, al objeto y los momentos de comunicación y aprendizaje” en el cual los componentes aportan indefectiblemente a esa relación común otorgándole un carácter dialéctico, de enriquecimiento y/o empobrecimiento.

En relación a la construcción de los vínculos consideramos necesario comprender la dinámica existente según cada sujeto, por lo cual nos remitimos a la misma autora, quien destaca los llamados vínculos primarios, los cuales permitirán la construcción de otros a lo largo de la adultez. El vínculo primario de cada sujeto se establece en la primer relación con la madre, y con la inclusión del padre se constituye el primer grupo de pertenencia. Estos darán lugar, más adelante, a los vínculos interpersonales o secundarios. Nos parece interesante mencionarlos, ya que en los vínculos interpersonales (terapéuticos en nuestro caso) suelen reactualizarse aquellas formas primarias de relacionarse con un otro denominado “vínculo transferencial” según Riviere citado por Taragano (1980).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la manera en que cada sujeto se relaciona e interactúa con un otro depende de la construcción de sus vínculos primarios y hacen posible dentro de su contexto terapéutico, una transferencia significativa.

Por otra parte, Riviere (2008) señala que el sujeto es siempre activo, protagonista de la historia, cognoscente en tanto que aprende de esta realidad que está viviendo, la cual se desarrolla en etapas reestructurando un nuevo vínculo atravesado por miedos y confusión, dependiendo del usuario. Desde esta mirada, sostenemos la importancia de tener en cuenta en la formación del vínculo terapéutico desde T.O., la perspectiva del usuario y la realidad que lo atraviesa al momento en el cual asiste al servicio de Terapia Ocupacional.

A modo de síntesis, la relación terapéutica permite a los profesionales de T.O. desarrollarla y administrarla con los usuarios mediante narrativa y razonamiento clínico, empatía, el modelo centrado en el cliente y los enfoques de prestación de servicios como señala el Marco de Trabajo para la Práctica de la T.O., citando a Taylor y Van Puymbroeck (2013).

Este tema nos resultó interesante, ya que como mencionamos a lo largo del planteamiento, el éxito de la terapia resulta, entre otros factores, de un vínculo

terapéutico favorable a ambas partes -profesional de T.O. y usuario-. Por lo que nos resultó importante conocer cómo perciben el vínculo para determinar y describir sus características partiendo de la base de que ambos interactúan en un ida y vuelta, y construyen-reconstruyen el binomio salud-ausencia de la misma.

1.2 Por este motivo nuestro eje de investigación fue: *¿Cuál es la perspectiva acerca del Vínculo terapéutico para los usuarios y los profesionales de T.O. en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los años 2018-2019?*

1.3 Relevancia y justificación

El trabajo final integrador tiene como propósito conocer las perspectivas de los profesionales de T.O. y usuarios acerca del Vínculo terapéutico.

Los resultados de este trabajo podrían afirmar, en base al conocimiento existente, que el modelo centrado en la persona, el razonamiento clínico, la empatía y otras características del profesional frente al usuario son importantes en la formación del vínculo terapéutico que se lleva a cabo en todo el proceso de intervención de la Terapia Ocupacional, además de tener en cuenta las características que mencionan los usuarios como relevantes en la formación del vínculo, abriendo la posibilidad de generar espacios de mayor empatía que provean potencialmente cambios en favor del tratamiento y mayor adherencia por parte del usuario.

Ambas miradas permitirían revalorizar la construcción del vínculo desde un enfoque más humanista que tenga en cuenta las prioridades e intereses del usuario desde su capacidad de auto determinarse. En consecuencia, se podrían generar vínculos estables que promuevan el compromiso con la salud y potencien una mayor autonomía por parte de los usuarios. En la medida en que se considere un enriquecimiento mutuo y un factor importante en el proceso de T.O. se podría considerar como una herramienta teórica para el profesional, utilizada para la planificación y la evaluación del tratamiento.

Por otra parte, así como resultaría importante en el ámbito de nuestra disciplina podríamos pensar que estos aportes influirían también a otros agentes de salud en la toma de conciencia acerca de la relevancia del V.T., como generador de cambio desde una mirada del sujeto biopsicosocial. Por último, estos aportes podrían sustentar la urgencia de incluir en la formación académica de los estudiantes de T.O. espacios para profundizar acerca de la importancia del vínculo terapéutico en todo el proceso de intervención.

1.4 Supuestos

- Desde la perspectiva de los profesionales de T.O. el vínculo terapéutico es fundamental en todo el proceso de intervención, y se caracteriza por la atención

centrada en el usuario, la narrativa y el razonamiento clínico construyéndose a partir de la empatía, la calidez, el respeto, la autenticidad, la sensibilidad, especificidad, la inmediatez o el aquí y ahora, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y comunitario, en los años 2018-2019.

- Desde la perspectiva de los usuarios el vínculo terapéutico se construye a partir de características tales como ser escuchado, percibir interés, ser comprendido, no sentirse juzgado, ser respetado, sentir confianza, afecto, sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y comunitario, en los años 2018-2019.

1.5 Objetivos

General:

- Identificar y caracterizar el vínculo terapéutico desde la perspectiva de los profesionales de T.O. en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

Específicos:

- Conocer la percepción del vínculo terapéutico construido a través de la experiencia del profesional de T.O. desde la perspectiva de los mismos, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

General:

- Identificar y caracterizar el vínculo terapéutico desde la perspectiva de los usuarios en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

Específicos:

- Conocer la percepción del vínculo terapéutico de los usuarios, desde el momento en que recibieron atención de T.O., en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

2. DESARROLLO

2.1 Marco Teórico

2.1.1 El Vínculo Terapéutico

Según la Real Academia Española (RAE), el término “perspectiva” deriva del latín “perspicere” “mirar a través de”, “observar atentamente”. Este concepto se utiliza en las artes gráficas y por analogía a estas nociones, se llama perspectiva al punto de vista desde el cual se considera un asunto determinado, es decir la visión subjetiva del sujeto. En nuestra investigación esto hace referencia a la mirada subjetiva acerca del vínculo terapéutico de los profesionales y los usuarios.

La raíz etimológica de la palabra “vínculo” proviene del latín: "vinculum" de "vincire" que significa atar; unión o atadura de una persona con otra. Antiguamente expresaba una unión sujeta firmemente que se hacía juntando un haz de ramas atada con una cuerda de nudos, sugiriendo una atadura lo más duradera posible. (Corominas, 1973 citado por Jaroslavsky, 2006).

Riviere citado por Paganizzi (1991) define al vínculo como una “estructura compleja que incluye al sujeto, al objeto y los momentos de comunicación y aprendizaje” (p. 57). La autora menciona que el vínculo es bipolar, bidireccional, es decir los componentes aportan indefectiblemente a esa relación común. Los vínculos tienen un carácter dialéctico de enriquecimiento o empobrecimiento, en todo caso mutuo. El funcionamiento del vínculo dependerá de las condiciones del usuario, momento vital, el tipo de problemática y así mismo de las actitudes del profesional de T.O.

Paganizzi (1991) refiere que un vínculo es terapéutico cuando sucede en un espacio particular, llamado encuadre, el cual lo considera como organizador del mismo.

2.1.2 Evolución del término en Terapia Ocupacional:

Detallaremos los principales paradigmas de la disciplina que marcaron el rol del profesional de T.O. en relación al usuario, y que resultan interesantes en nuestra investigación, ya que nos permitirán repensar cómo influyeron las distintas miradas sobre la relación entre el profesional y el usuario, y que se manifiestan en la práctica de la profesión actualmente.

Kielhofner (2004) citado por Taylor (2011) identifica tres paradigmas en T.O.:

- 1- Era Ocupacional Inicial (Early Occupational Era):

Era en la cual se ven reflejados los valores que llevaron a cabo los fundadores de la disciplina. El tratamiento moral hizo hincapié en la facilitación de la autodeterminación del paciente a través de la participación en las actividades diarias tales como artes y oficios, artesanías, deportes, entre otras.

En esta época, la relación terapéutica existía sólo como un medio para alentar a los clientes a participar en la ocupación. El papel del terapeuta era servir como un experto, guía, modelo de rol, motivador a través de la persuasión, creador de un entorno físico y social positivo, inculcador de confianza, etc.

2- Era de los Mecanismos interiores (Era of Inner Mechanisms):

Era en la que el deterioro subyacente del cliente se convirtió en el foco de atención. El papel del terapeuta era entender los matices y corregir las desviaciones internas del cuerpo y la mente. La Relación Terapéutica fue vista como el mecanismo central para el cambio, y la comprensión de esta relación se basaba, en parte, en los principios influenciados por una perspectiva psicoanalítica.

La relación era vista como un medio para entender los motivos inconscientes del cliente, los deseos y el comportamiento hacia los demás y hacia las ocupaciones. Dentro de esta relación, el papel del terapeuta asume las siguientes características:

- Comportarse de una manera competente y profesional
- Asumir una actitud impersonal y objetiva hacia el cliente
- Infundir esperanza
- Ser discreto
- Ejercer autocontrol
- Buen juicio
- Confidencialmente identificar y utilizar las reacciones de los pacientes para responder a la planificación

En la década de 1970, algunos creyeron que la ocupación había perdido su lugar como la dinámica clave-esencial de la terapia (Schwartz, 2003; Shannon, 1977; Kielhofner y Burke, 1977; Yerxa, 1967).

3- Vuelta a la Era de la Ocupación (Return to Occupation Contemporary Era):

En la última parte del siglo XX la literatura pasó de centrarse en los mecanismos internos del “self”, al valor de la ocupación.

Dentro de esta Era contemporánea, hubieron tres movimientos centrales con los cuales se asoció la relación cliente-terapeuta:

- Colaboración y abordaje centrados en el cliente

- Énfasis en el cuidado y la empatía
- Uso de narrativa y razonamiento clínico

En la era contemporánea, lo central está puesto en la participación del cliente en la ocupación, desde un enfoque unidimensional, en el cual el rol del terapeuta ocupacional es utilizar una variedad interpersonal de estrategias para que las ocupaciones resulten atractivas al cliente.

En esta era surgen cuestionamientos sobre la institucionalización de los usuarios en los servicios psiquiátricos, consideradas según Basaglia (1977) como “instituciones de violencia”, donde los profesionales de T.O. ponen en discusión su práctica y defienden la idea de que los problemas a los que se enfrentan no pueden reducirse a una discusión sobre la elección de los recursos terapéuticos apropiados o sobre la adecuación de los programas individuales, ya que es evidente la existencia de situaciones sociales a las que no se puede llevar adelante con una cura o tratamiento. (Berque, 1992 y Porkert, 1974 citados por Dias Barros, Garcez Ghirardi y Lopes, 2006).

2.1.3 Terapia Ocupacional

2.1.3.1 Definición según la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (2017):

“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.”

2.1.3.2 Terapia Ocupacional y Vínculo Terapéutico

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (2014) el Uso terapéutico de uno mismo permite desarrollar y administrar la relación terapéutica con los clientes, mediante la narrativa y el razonamiento clínico, la empatía, y el modelo centrado en el cliente. Se desarrolla la relación terapéutica mediante el uso de destrezas de comunicación interpersonal del profesional, con el fin de comprender las experiencias y deseos de intervención de los usuarios.

Otro de los términos utilizados para referirse a los esfuerzos del profesional de T.O. para establecer una relación con el usuario es el *Uso terapéutico del “self”*, que resulta el determinante más importante para el éxito de los resultados de la terapia (Taylor, Kielhofner y Ketkar, 2007).

A continuación describiremos las cualidades terapéuticas según Pellegrini (2013) necesarias por parte del profesional de T.O. para desarrollar una buena relación con el usuario, durante todo el proceso:

- **Empatía:** Habilidad de comprender cómo la otra persona se siente, ponerse en su lugar sin confundirse. Escuchar lo que el usuario dice y estimularlo a ampliar los puntos de vista, colabora a comprender sus sentimientos.
- **Sensibilidad:** Estar en alerta hacia las necesidades del usuario, es leer los mensajes que da, principalmente los no verbales (lenguaje corporal, miradas, movimientos de manos, entre otras).
- **Respeto:** El usuario necesita ser reconocido como persona única, individual, con intereses y valores propios, los cuales pueden ser muy diferentes a los del terapeuta.
- **Calidez:** Interés, entusiasmo y sentido amistoso que el terapeuta contagia.
- **Autenticidad:** Habilidad de abrirse a la situación. Para poder lograrlo, el terapeuta debe en primer lugar ser consciente de sí mismo y sentirse cómodo consigo mismo.
- **Específico o Sencillez:** El arte de plantear cosas de manera simple, directa y concreta, focalizando sólo en lo más relevante. No inferir.
- **Inmediatez o el aquí y el ahora:** Es la práctica de dar una devolución o feedback justo después de que el evento haya sucedido. Este término incluye la idea de focalizar la atención del usuario en el aquí y ahora.

2.1.4 Vínculo Terapéutico y la Perspectiva del usuario

Plantean Barros, Garcez Ghirardi y Lopes (2006) “es necesario ir más allá de la idea de la Terapia Ocupacional exclusivamente como una profesión sanitaria cuyo paradigma fundador limita su rol a la mediación entre salud y enfermedad” (p. 145). Los autores refieren que este cuestionamiento favorece la visión del usuario como un ser sociopolítico inmerso en un proceso histórico y cultural, más que una simple suma de partes fragmentadas.

Se utilizará el término “usuario” para aquellas personas que utilizan un servicio diferenciándolo del término “paciente” como sinónimo de pasivo en su atención y participación en el tratamiento, dando un paso de la verticalidad a la horizontalidad en la relación.

Rogers (1981) citado por Paganizzi (1991) refiere que tras un trabajo de investigación en el cual los usuarios fueron abordados desde diferentes líneas teóricas y por ende, encuadres distintos coinciden en ciertas actitudes “útiles” del terapeuta por las cuales explican su evolución favorable. Consideraron la confianza que habían sentido en la relación, la comprensión y la sensación de independencia para adoptar decisiones

y elecciones. En cambio habían resultado “poco útiles” la falta de interés, el distanciamiento y la simpatía exagerada.

Dickerson (2011) una mujer de 54 años de la ciudad de Boston relata, desde su experiencia como paciente con trastornos psiquiátricos, a lo largo de su recuperación las características básicas y esenciales que ella considera para un terapeuta eficaz, sin importar su orientación teórica. “Los terapeutas deben interesarse en las personas, deben ser curiosos, respetar las diferencias, contar con un repertorio de destrezas y mantener compromisos con el tiempo.”

Considera que los terapeutas hábiles usan todo su conocimiento, sus destrezas, sus dones y sus déficits personales cosechados durante su vida y operan desde su posición como agente de cambio y sanador. Para ella confiar en un terapeuta comienza con saludos con afecto, amabilidad y reconocimiento de sus derechos como adulta.

Señala que sin la curiosidad genuina del terapeuta que posibilita el escuchar, el respeto que permite no juzgar y la consideración de su individualismo de ser tolerada como era, no hubiese podido soportar y enfrentarse a sus heridas y desesperación. Expresa que las palabras “no siempre sé cómo ayudar, pero realmente quiero ayudarte” se sienten como bálsamo en una herida abierta y la reconforta de manera que solo puede decir “sanó mi alma”, y finaliza “éste es uno de los muchos dones supremos de la conexión humana que sólo he encontrado en la relación con mi terapeuta y mis consejeros”.

Según De Barbieri (2005) la relación personal paciente-terapeuta, el encuentro existencial, es crucial para el proceso de cambio y de transformación de la persona. Es a través de este vínculo que el paciente tiene la oportunidad de vivenciar un “vínculo sano”, un modelo de relacionamiento que quizás no ha vivido en toda su vida.

El encuentro libera, el amor libera, el valor muestra un campo de posibilidades imprevistas para la persona. No curó el terapeuta, no curó la técnica. Lo que cura es la relación. El encuentro entre dos personas, una dispuesta a ayudar y la otra a ser ayudada. (p. 498)

Con respecto a los usuarios de los servicios de salud, la Ley N° 153 de C.A.B.A. tiene por objeto garantizar el derecho a la Salud Integral a todas las personas sean o no residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Vinculando el concepto de Salud Integral con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente; el desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad; la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo; la solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de

salud; la cobertura universal de la población; el gasto público en salud como una inversión social prioritaria; entre otros principios.

El sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Merhy (2006) refiere que es la comprensión de las particularidades del trabajo en salud reconocer primeramente el hecho de que la salud se produce en “acto”, o sea el producto de trabajo en salud, solo existe en la misma producción y directamente con las personas involucradas en el proceso: usuarios y trabajadores.

Señala que para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan un "maletín tecnológico", compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías "blandas", que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías "blandas", que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario.

El autor manifiesta que son las tecnologías blandas las que otorgan vida al trabajo en salud, ya que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto.

Es exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, que se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes (p. 151).

2.1.5 Fases del vínculo terapéutico en el proceso de Terapia Ocupacional

Price (2011), plantea que la relación terapéutica requiere cierto grado de intimidad y que se desarrolla a lo largo de un continuo según la condición del individuo, el grado de recuperación esperada, la duración y la complejidad de la recuperación y el proceso de adaptación, que incluye el proceso de Terapia Ocupacional. Varios autores han postulado que la relación terapéutica se desarrolla en fases (Paddy, Wright-Sinclair y Smythe, (2002); Peloquin (1993,2003); Tickle-Degen, (2002)).

Cuadro N° 1: *Cómo se interseca la relación terapéutica con el proceso terapéutico*

Fases de desarrollo de la relación	Estrategias	Etapas del proceso terapéutico	Estrategias
Fase 1: Desarrollar la relación	<ul style="list-style-type: none"> - Honrar la dignidad del usuario. - Demostrar voluntad de experimentar la pena, la desesperación y la esperanza del usuario - Cumplir el nivel de intimidad deseado del usuario. 	Etapa 1: Estar allí y comprender al usuario	<ul style="list-style-type: none"> -“Estar con” socialmente - Preguntar sobre hábitos, roles, intereses, prioridades y recursos. - Generar imágenes narrativas pasadas y presentes del usuario. -Observar las respuestas, las capacidades y el estilo adaptativo del usuario.
Fase 2: Establecer confianza	<ul style="list-style-type: none"> - Crear confianza pasando tiempo, brindando información y asegurando la elección del cliente. -Transmitir las mejores opciones de práctica dentro del entendimiento de las prioridades del usuario. 	Etapa 2: Comprometer al usuario en la terapia.	<ul style="list-style-type: none"> -Hacer que el usuario se autoevalúe a través del hacer, utilizando una escala de medición funcional, cintas de video y a otros usuarios para aumentar la conciencia. -Ofrecer opciones significativas y explorar las posibilidades. -Explicar el propósito de las actividades de terapia.

<p>Fase 3: Desarrollar una asociación cooperativa.</p>	<p>En el rol firmante del pacto (Peloquin, 1990), compartir el difícil camino hacia el conocimiento y la competencia.</p>	<p>Etapa 3: Trabajar juntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -El terapeuta y el usuario adoptan roles y esfuerzos activos e iguales. -El terapeuta lleva la experiencia profesional; el usuario lleva la experiencia sobre su propia vida. -Apoyar al usuario para establecer objetivos y tomar decisiones sobre las actividades de la terapia. -Transmitir confianza en las capacidades del usuario. -Descubrir y activar los recursos del usuario y la resolución de problemas. -Hacer que el usuario haga algo para explorar las limitaciones y las soluciones.
<p>Fase 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A medida que la fiabilidad y la confianza se profundizan, los roles terapéuticos, las estrategias y las actividades cambian. -El usuario fluctúa entre la necesidad de afiliación y la necesidad de autonomía. 	<p>Etapa 4: Facilitar el desempeño ocupacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acumular recursos - Señalar discapacidades y logros. -Ajustar estrategias terapéuticas. -Enseñar la resolución de problemas y transmitir confianza a través de asumir riesgos; crear oportunidades para practicar en situaciones reales. -Ir con el ritmo de tiempo del usuario. -Cambiar los roles de director a monitor.

<p>Fase 5: La relación perdura.</p>	<p>-La relación persiste una vez que termina la terapia. -El usuario es “tenido en mente” (Paddy y cols., 2002); “siempre estarán allí para usted” (Mitchell, Price y Ward, 2006).</p>	<p>Etapa 5: Resultados</p>	<p>-Los usuarios alcanzan sus objetivos. -Los usuarios viven vidas plenas haciendo sus ocupaciones. -Los resultados de la terapia son satisfactorios tanto para el usuario como para el terapeuta. -El usuario tiene un sentido de control y autonomía sobre el manejo de su vida.</p>
--	--	-----------------------------------	--

Fuente: Price, P. (2011). La relación terapéutica. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. Willard & Spackman 11° Edición. (p. 330). Buenos Aires: Médica Panamericana.

2.1.6 Razonamiento clínico en el proceso de Terapia Ocupacional

En Terapia Ocupacional el razonamiento clínico se puede definir como el proceso cognitivo básico que utilizan los profesionales para planificar, dirigir y desarrollar el cuidado del usuario, así como la reflexión del proceso de atención. (Rassafiani et al., 2006; Schell, 2009).

Neistadt (1996) citado por Erhardt y Meade (2005) considera que saber cómo organizar el pensamiento proporciona una estructura (un marco de pensamiento) para organizar y apoyar el pensamiento clínico y la reflexión.

Según Mattingly y Fleming (1994) citado por Moruno, Talavera y Cantero (2009), el razonamiento clínico se organiza en torno a “un pensamiento de tres pistas”; distinguiendo entre razonamiento procesal, interactivo y condicional.

De estos tres razonamientos, el razonamiento interactivo se basa en la relación terapéutica durante todo el proceso de T.O., consistiendo en individualizar la intervención y entender al paciente como un todo. Se convierte según Mitchell y Unsworth (2004) en una guía de cómo el terapeuta puede interpretar y utilizar acciones verbales y no verbales en el proceso de relación e interacción con el paciente para captar la experiencia de la discapacidad desde el punto de vista de la persona que la experimenta, favorecer la implicancia del sujeto en el tratamiento o evaluación, establecer y consolidar la relación terapéutica, elaborando un lenguaje compartido de acciones y significados, estableciendo límites y normas (Crepeau 1991).

El razonamiento interactivo hace hincapié en las estrategias que utilizan los terapeutas ocupacionales a la hora de realizar una mejor comprensión de los

sentimientos de los pacientes acerca de su situación ocupacional y del proceso terapéutico en el que se hallan inmersos. (McCannon, Robertson, Caldwell et al. 2004).

2.2 Metodología

2.2.1 Tipo de diseño de investigación

El tipo de diseño de trabajo final llevado a cabo corresponde a una metodología de estudio mixto (cualitativa y cuantitativa), de tipo transversal. De acuerdo con Greene y Caracelli (2002), Creswell (2005) y Mertens (2005) citados por Hernández Sampieri (2006) la combinación entre los enfoques cualitativos y cuantitativos puede ir desde cualificar datos cuantitativos o cuantificar datos cualitativos, hasta incorporar ambos enfoques en un mismo estudio. Creemos que este enfoque es el más adecuado para acercarnos al conocimiento del vínculo terapéutico desde la perspectiva de los T.O. y los usuarios, y no desde la formulación de verdades teóricas y universales.

Asimismo es de tipo transversal porque la recogida de datos se realiza una sola vez y nos permite indagar sobre la percepción actual del V.T., permitiéndonos comparar grupos en función de edad, género autopercebido, años de experiencia laboral, entre otros.

El diseño es cualitativo ya que buscamos caracterizar las percepciones, los niveles de importancia que otorga cada uno de los protagonistas de la muestra a los distintos aspectos mencionados sobre el V.T. Partimos de unos supuestos que guiaron el proceso de investigación pero en el cual se contrastaron las teorías con los datos obtenidos sobre las percepciones subjetivas sobre el V.T.

Elegimos dos vías de recogida de datos con el objetivo de responder nuestros supuestos. Por una parte realizamos entrevistas a los T.O. y por otra parte a los usuarios mediante un listado de preguntas abiertas, en las cuales partimos de una mirada observacional ya que se pretende comprender las características del V.T. y complementarse con las entrevistas. Asimismo cabe mencionar que el ejercicio de la T.O. así como de cualquier otra disciplina en la cual exista un contacto humano, de intercambio, pone en juego aspectos cualitativos como gestos, miradas, propias de un lenguaje no verbal que sólo se pueden comprender e interpretar a través de la observación. Como menciona Paganizzi (1991) “operamos, respondemos o intervenimos desde dos lenguajes. Hablamos y escuchamos; miramos y somos mirados, hacemos, proponemos desde la acción y la palabra” (p. 91). Y esto nos interpela al momento de recoger datos, que incluyen la observación para poder otorgar significado a estos, detectando el lenguaje de los gestos y expresiones, entre otros.

Asimismo el diseño es Descriptivo ya que se conocieron e interpretaron las distintas perspectivas del vínculo terapéutico con el fin de describirlo y caracterizarlo

de acuerdo a la información recolectada en las entrevistas. Mediante la narración se describe el comportamiento de las variables de análisis y la problemática central de nuestro T.F.I.

Por otra parte, según la temporalidad de los datos es de tipo prospectivo ya que se comenzó estudiando el Vínculo terapéutico como variable independiente y luego se fue analizando de acuerdo a cada perspectiva tanto de los profesionales de T.O. como usuarios.

Los datos se produjeron en el momento en que se realizó el trabajo de campo; efectuando las entrevistas de preguntas abiertas de una sola vez. La información obtenida sobre la problemática del vínculo terapéutico nos sitúa en la realidad actual de los efectores de salud de CABA, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019, sin remitirnos a las causas (hechos pasados) que llevaron a la formación de dichas construcciones sobre el vínculo terapéutico para los actores de esta investigación.

En la investigación los datos de los usuarios y profesionales de T.O. entrevistados fueron recolectados de una sola vez, en un contexto témporo-espacial único, en los servicios de T.O. de efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

Se realizaron entrevistas a los profesionales de T.O. y a los usuarios en forma personal en el lugar donde se desempeñan, mediante la utilización de una entrevista semi estructurada confeccionada por nosotras, integrantes del T.F.I., siguiendo las pautas de los criterios de inclusión y exclusión de nuestra muestra.

Según Sabino (1996) los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad mediante el trabajo del investigador y su equipo.

2.2.2 Universo y Muestras

En nuestro T.F.I. se presentaron dos universos de los cuales se intentó extraer las conclusiones sobre los supuestos planteados. El primero comprendido por todos los profesionales de T.O. que se desempeñen en efectores de salud del campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. El segundo conformado por todos los usuarios que concurren al servicio de T.O. en los efectores de salud, en el campo físico, mental y comunitario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

Con la finalidad de incluir la mayor cantidad de miembros posibles para cada universo se solicitó vía e-mail a la Asociación Argentina de T.O. (AATO) y a la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (ATOGBA) un listado de profesionales de T.O. que ejerzan la disciplina dentro de dicha ciudad. La AATO respondió no contar con la información solicitada ya que aún no se

dispone de un registro formal de profesionales del país, y ATOGBA informó el registro de ciento once (111) profesionales de T.O. que se desempeñan en hospitales (incluyendo las residencias de T.O.), CESAC y casas de medio camino que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Ante los requisitos protocolares y administrativos por parte de las instituciones públicas se nos dificultó acceder a los mismos, por lo tanto la muestra quedó conformada por aquellos profesionales de T.O. que decidieron aceptar participar de la investigación y nos posibilitaron el acceso a los usuarios que asisten a dichos servicios.

Asimismo nos contactamos con los profesionales de T.O. más cercanos, es decir supervisores de las prácticas clínicas, colegas y docentes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín, que se desempeñan en los distintos efectores de salud pertenecientes a CABA, a través de las redes sociales como Facebook, Instagram, WhatsApp y e-mail.

Luego de estos procedimientos se obtuvieron 22 profesionales de T.O. y 22 usuarios que componen la muestra de nuestro trabajo final. Siendo esta última conformada gracias al contacto brindado por los profesionales.

La muestra se define como un subgrupo de la población descrita anteriormente, para delimitar las características de la misma (Hernández Sampieri, 2006). La misma nos permitió describir y caracterizar el Vínculo Terapéutico desde las distintas perspectivas, y a partir de su análisis se generaron las conclusiones basadas en los supuestos.

Los tipos de muestra son *no probabilísticas* ya que se desconocen las probabilidades de cada profesional de T.O. y usuario de ser incluido en la muestra (Padua, 1994), y *causal* debido a que los casos de la muestra fueron generados de acuerdo a nuestros criterios de inclusión y exclusión para la investigación.

Criterios para los profesionales de T.O.:

Criterios de Inclusión:

- Ser profesional de T.O o Lic. en T.O.
- Tener como mínimo un año de experiencia en el ejercicio de la profesión.
- Ejercer como profesional de T.O. o Lic. en T.O. en los efectores de salud del campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Criterios de Exclusión:

- Ejercer como T.O. o Lic. en T.O. fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Profesional de T.O. o Lic. en T.O. que ejerza en el domicilio del usuario.

Criterios para Usuarios:

Criterios de Inclusión:

- Personas de ambos sexos, a partir de 18 años en adelante, que concurren al servicio de T.O. en los efectores de salud del campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Usuarios que cuenten con más de un mes de tratamiento.

Criterios de Exclusión:

- Usuarios con trastornos mentales severos en fase productiva.
- Usuarios que reciban tratamiento en domicilio.

2.2.3 Definiciones operacionales*Unidad de Análisis 1 (UAI):*

Cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud del campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

- Variables:

VS: Edad

Definición operacional: Tiempo transcurrido en años desde el momento de su nacimiento hasta el momento de la realización de la entrevista.

Escala de valores (R): Número de años.

Indicador (I): Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Qué edad tenés?

VS: Género autopercebido

Definición Operacional: Vivencia interna e individual del género tal como la persona la siente. Puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento.

R: Femenino / masculino

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Cuál es tu género?

VS: Años de experiencia laboral

Definición Operacional: Años de ejercicio de la profesión, a partir del egreso de la misma.

R: 1 a 5 años / 6 a 10 años / 11 a 15 años / 16 a 20 años/ 21 a 25 años/ 26 años o más

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Cuántos años llevas ejerciendo la profesión?

VS: Campo de intervención

Definición operacional: Campo de intervención para la práctica de la profesión en el cual se desempeña el profesional de T.O. actualmente.

R: Físico: SI / NO

Mental: SI / NO

Comunitario: SI / NO

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿En qué campo de intervención te desempeñas actualmente?

- Ejes de Análisis:

Percepción del Vínculo Terapéutico

Definición Operacional: La percepción y relevancia del profesional de T.O. acerca del vínculo terapéutico.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando: Desde tu experiencia ¿Qué es para vos el vínculo terapéutico?

Cualidades para la construcción del vínculo terapéutico

Definición Operacional: La perspectiva del profesional de T.O. acerca de las cualidades necesarias para la construcción de un buen vínculo terapéutico, tales como: empatía, sensibilidad, respeto, calidez, autenticidad, especificidad e inmediatez o aquí y ahora, que se ponen en juego en la relación intersubjetiva entre el profesional y el usuario, durante todo el proceso de intervención.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Qué tiene que tener un profesional para establecer un buen vínculo?

Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.

Definición Operacional: La percepción del profesional de T.O. acerca de los factores que favorecen o dificultan la construcción del vínculo terapéutico durante todo el proceso de T.O.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Qué es un mal vínculo para vos? ¿Qué es un buen vínculo?

Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.

Definición Operacional: La percepción del profesional acerca del vínculo terapéutico durante todo el proceso de T.O.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al profesional de T.O. en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Qué sentido tiene el Vínculo terapéutico en el proceso de intervención de T.O.? ¿Percibís que te aportaron algo significativo y relevante las personas a las cuales brindaste tu servicio como profesional de T.O.? ¿Por ejemplo?

Unidad de Análisis 2 (UA2):

Cada uno de los usuarios que concurren al servicio de T.O. en los efectores de salud, en el campo físico, mental y comunitario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

- Variables:

VS: Edad

Definición Operacional: Tiempo transcurrido en años desde el momento de su nacimiento hasta el momento de la realización de la entrevista.

R: Número de años.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al usuario en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Qué edad tenés?

VS: Género autopercebido

Definición Operacional: Vivencia interna e individual del género tal como la persona la siente. Puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento.

R: Femenino / masculino

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al usuario en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando ¿Cuál es tu género?

VS: Tipo de efector de Salud

Definición Operacional: Institución pública o privada, de la Ciudad de Buenos Aires, en la cual el usuario concurre al servicio de T.O., correspondiente al campo físico, mental o comunitario.

R: Público

Privado: Obra Social / Prepaga

I: El valor de esta variable se determinó de acuerdo a la observación al momento de realizar la entrevista en el efector, y preguntando al usuario ¿Cómo se llama la institución a la cual asistís? ¿Te atendés por sistema público o privado (obra social - prepaga)?

Se consideró “público” a aquellos efectores cuya financiación proviene del estado exclusivamente y que brinda atención a toda persona que lo solicite y “privado” a aquellos efectores que brinden atención a personas afiliadas a una determinada prepaga y a aquellos efectores que brinden atención a las personas afiliadas a determinadas obras sociales.

- Ejes de Análisis:

Percepción del Vínculo Terapéutico desde su experiencia:

Definición Operacional: Percepción del usuario acerca del Vínculo Terapéutico con su T.O. desde el momento en que recibió atención del mismo.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al usuario en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando: Desde tu experiencia en la atención en T.O. ¿Cómo consideras que es el vínculo terapéutico con tu terapeuta ocupacional?

Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.

Definición operacional: Percepción del usuario acerca de los factores que facilitan la construcción del vínculo terapéutico con su profesional de T.O.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al usuario en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando: ¿Qué cosas te ayudaron a establecer un buen vínculo con tu terapeuta ocupacional?

Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico

Definición Operacional: La perspectiva del usuario acerca de las cualidades necesarias del profesional de T.O. y suyas para la construcción de un buen vínculo terapéutico, tales como: ser escuchado, percibir interés, ser comprendido, no sentirse juzgado, ser respetado, sentir confianza, afecto, sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones, que se ponen en juego en la relación intersubjetiva entre el profesional y el usuario, durante todo el proceso de intervención.

I: Se realizó una entrevista semi estructurada al usuario en los años 2018-2019 y se obtuvo la información preguntando: ¿Consideras alguna característica de los profesionales de T.O. que haya ayudado a la construcción de un buen vínculo con vos? ¿Y alguna característica tuya que creas que haya aportado para construir un buen vínculo?

2.2.4 Fuentes de datos

Considerando lo descripto por Samaja (1993) las fuentes no son los datos producidos sino todo el proceso productor, almacenador, recuperador y distribuidor de los datos. Nuestro tipo de fuente es *primaria* ya que los datos obtenidos fueron recolectados de terreno o de laboratorio generados por nosotras, las integrantes del T.F.I., mediante la realización de entrevistas semi estructuradas compuestas por preguntas abiertas y cerradas, la apreciación de reacciones y observaciones que nos permitieron comprender el lenguaje no verbal y la realidad del contexto, entre otros, de los profesionales de T.O. y usuarios en los efectores de salud de CABA en el campo físico, mental y comunitario de los años 2018-2019.

Por otro lado es necesario mencionar que al comienzo de la investigación se han utilizado fuentes de tipo *secundarias directas e indirectas* para la realización del informe del estado del arte - “conocimiento que la comunidad científica ya posee acerca de ese tema” (Bottinelli, 2003, p. 54) - la elaboración del planteamiento del problema, la fundamentación del marco teórico, comprensión sobre el objeto de estudio y la relevancia y justificación del tema de investigación, mediante investigaciones de grado vinculadas con nuestro tema de investigación, artículos científicos en revistas de Terapia Ocupacional, congresos, publicaciones e informes científicos, etc.

2.2.5 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el T.F.I. fueron entrevistas semi estructuradas y observación participante las cuales corresponden a la metodología de investigación cualitativa.

Se utilizaron dos entrevistas distintas de acuerdo a cada unidad de análisis (profesionales de T.O. y usuarios) confeccionadas por nosotras, integrantes del T.F.I. Según refiere Souza Minayo (2012), la entrevista tomada en el sentido amplio de la comunicación verbal y en el sentido restringido de la recolección de informaciones sobre determinado tema científico, es la estrategia más usada en el proceso de trabajo de campo. Las entrevistas pueden ser consideradas conversaciones con finalidad y se caracterizan por su forma de organización.

De acuerdo a lo planteado por Bottinelli (2003) el tipo de entrevista puede determinarse según la estructuración de las preguntas, la cantidad de participantes, el modo de implementación, entre otros. En relación a la estructuración de las preguntas de las entrevistas, como se mencionó anteriormente, fueron semi estructuradas ya que se combinaron preguntas cerradas y abiertas, lo que nos permitió repreguntar en los casos necesarios y/o profundizar sobre el tema de investigación sin ajustarnos a la pregunta formulada, y al mismo tiempo complementarla con la observación participante en donde además del habla pudimos observar actitudes, lenguaje no verbal, gestos, miradas, etc. Respecto a la cantidad de participantes y al modo de implementación de las entrevistas estas fueron de manera individual, en su mayoría cara a cara.

Las entrevistas confeccionadas para los profesionales de T.O. y usuarios tuvieron una duración de 10 / 20 minutos aproximadamente según lo consideraba cada unidad de análisis y fueron realizadas en las instituciones correspondientes al servicio de T.O., y en otras oportunidades vía e-mail (cuando se dificultó el encuentro con los profesionales).

Las mismas quedaron compuestas por 4 y 3 variables suficientes respectivamente, las cuales nos permitieron caracterizar y contextualizar la muestra:

- Profesionales de T.O.: Edad, género autopercebido, años de experiencia laboral y campo de intervención.
- Usuarios: Edad, género autopercebido, tipo de efector de salud.

En cuanto a los ejes de análisis quedaron compuestos por 4 y 3 ejes respectivamente que nos posibilitaron conocer sus perspectivas sobre el Vínculo terapéutico:

- Profesionales de T.O.: Percepción del Vínculo terapéutico, cualidades para la construcción del vínculo terapéutico, factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.
- Usuarios: Percepción del Vínculo terapéutico desde su experiencia, factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico.

Al ser instrumentos diseñados por las propias integrantes del T.F.I., realizamos un pilotaje a 2 profesionales de T.O. y a 2 usuarios antes del lanzamiento definitivo, con el objetivo de verificar la comprensión de las preguntas por parte de los entrevistados y que la información recolectada sea la necesaria para dicha investigación.

Rubio y Varas (1999) afirman que es necesario realizar algún tipo de prueba piloto debido a la falta de flexibilidad una vez establecido y diseñado el instrumento, el cual nos permite corroborar y responder algunas cuestiones como si la duración de la entrevista es demasiado larga, si el lenguaje y los conceptos son entendidos por los entrevistados, etc.

Luego de realizar los pilotajes decidimos agregar una última pregunta para cada unidad de análisis ya que consideramos que nos permitía indagar y conocer aún más sus percepciones acerca del vínculo terapéutico.

Antes de comenzar las entrevistas entregamos a los profesionales de T.O. y usuarios un consentimiento informado que debieron firmar en el caso de aceptar participar. En este se informó acerca de la finalidad del trabajo de investigación, los alcances y nuestra formación, dejando asentado el resguardo y preservación de la identidad de quienes participen, mencionando además que dicha participación era voluntaria y no ocasionaría ningún tipo de costo ni riesgo a quienes aceptasen.

Por último se brindó a las personas encuestadas nuestros teléfonos y e-mails de contacto ante cualquier duda o necesidad de comunicarse.

2.2.6 Análisis de datos

Para el análisis de nuestro T.F.I. combinamos los enfoques cualitativos y cuantitativos, tal como refieren Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio (2006) los enfoques mixtos enriquecen la investigación, no se excluyen ni se sustituyen, sino que son incluyentes.

En relación al método cualitativo Souza Minayo (1997), describe una forma de organización y análisis de la información pasando por tres momentos:

1. *Lectura* a fin de aprehender las distintas perspectivas de los profesionales de T.O. y los usuarios acerca del Vínculo Terapéutico, haciendo foco en los supuestos planteados en nuestro T.F.I.,
2. La *lectura transversal* sobre las perspectivas del Vínculo Terapéutico en cada Unidad de Análisis de acuerdo a cada variable específica de cada respuesta, es decir cada uno de los profesionales de T.O. y cada uno de los usuarios,
3. El *análisis final* de los datos, mediante el cruce de los supuestos con las respuestas y observaciones en el trabajo de campo (mediante las entrevistas).

Asimismo tuvimos en cuenta los criterios de rigor según Bottinelli (2003), para validar los datos obtenidos:

1. Criterio de credibilidad: se basa en respetar las perspectivas de los usuarios y los profesionales de T.O. en relación al Vínculo Terapéutico sin alterar las respuestas de los mismos.
2. Adecuación: se lleva a cabo mediante la coherencia interna, los objetivos, matrices de datos, instrumentos; ajustando los datos, resultados y el escenario de la investigación (propias de nuestra investigación).
3. Confirmabilidad: permite evitar posibles sesgos en los resultados. Tuvimos en cuenta durante la recolección de los datos los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente en el trabajo.

En este método articulamos tanto la comprensión (actitud hermenéutica) como la crítica (actitud dialéctica) de los datos generados en la investigación.

Por lo tanto, una vez categorizadas las respuestas cualitativas, las cuantificamos de acuerdo a la repetición de las mismas con el fin de registrar al tópico/categoría como dato numérico.

2.2.6.1 Procesamiento

Una vez realizadas las entrevistas enumeramos los instrumentos del 1 al 22 según cada Unidad de Análisis, luego realizamos la codificación de las respuestas de acuerdo a cada variable y eje de análisis.

UA1: Cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario, en los años 2018-2019.

- *Codificación de Datos:*

1- VS: Edad: Asignamos el valor de la respuesta en cada caso colocando el dato numérico.

2- VS: Género Autopercebido: Asignamos una letra a cada valor.

- Femenino: F
- Masculino: M

3- VS: Años de experiencia laboral: Asignamos un número a cada valor del 1 al 6.

- 1 a 5 años: 1
- 6 a 10 años: 2
- 11 a 15 años: 3
- 16 a 20 años: 4
- 21 a 25 años: 5
- 26 años o más: 6

4- VS: Campo de intervención: Asignamos una letra para cada valor.

- Físico: F
- Mental: M
- Comunitario: C

Eje de Análisis: Percepción del Vínculo Terapéutico

Pregunta: ¿Qué es para vos el vínculo terapéutico?

Realizamos una tabla en un documento Word y volcamos los datos obtenidos de la desgrabación de la entrevista de cada profesional de T.O. con cada pregunta abierta.

- Desgrabación de la entrevista,
- Transcripción textual de la respuesta a la pregunta abierta en un cuadro de “respuestas” de los profesionales de T.O. y los usuarios, por separado,
- Sistematización de la respuesta en categorías o tópicos.

Eje de Análisis: Cualidades para la construcción del vínculo terapéutico

Pregunta: ¿Qué tiene que tener un profesional para establecer un buen vínculo?

Realizamos una tabla en un documento Word y volcamos los datos obtenidos de la desgrabación de la entrevista de cada profesional de T.O. con cada pregunta abierta.

- Desgrabación de la entrevista,
- Transcripción textual de la respuesta a la pregunta abierta en un cuadro de “respuestas” de los profesionales de T.O. y los usuarios, por separado,
- Sistematización de la respuesta en categorías o tópicos.

Eje de Análisis: Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.

Pregunta: ¿Qué es un mal vínculo para vos? ¿Qué es un buen vínculo?

Realizamos una tabla en un documento Word y volcamos los datos obtenidos de la desgrabación de la entrevista de cada profesional de T.O. con cada pregunta abierta.

- Desgrabación de la entrevista,
- Transcripción textual de la respuesta a la pregunta abierta en un cuadro de “respuestas” de los profesionales de T.O. y los usuarios, por separado,
- Sistematización de la respuesta en categorías o tópicos.

Eje de Análisis: Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.

Pregunta: ¿Qué sentido tiene el V.T. en el proceso de intervención de T.O.?
¿Percibís que te aportaron algo significativo y relevante las personas a las cuales brindaste tu servicio como profesional de T.O.? ¿Por ejemplo?

Realizamos una tabla en un documento Word y volcamos los datos obtenidos de la desgrabación de la entrevista de cada profesional de T.O. con cada pregunta abierta.

- Desgrabación de la entrevista,
- Transcripción textual de la respuesta a la pregunta abierta en un cuadro de “respuestas” de los profesionales de T.O. y los usuarios, por separado,
- Sistematización de la respuesta en categorías o tópicos.

UA2: Cada uno de los usuarios que concurren al servicio de T.O. en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

- *Codificación de Datos*

1- VS: Edad: Asignamos el valor de la respuesta en cada caso colocando el dato numérico.

2- VS: Género Autopercibido: Asignamos una letra a la respuesta según cada valor.

- Femenino: F
- Masculino: M

3- VS: Tipo de efector de Salud: Asignamos un número a la respuesta según cada valor.

- Público: 1
- Privado: 2

Eje de Análisis: Percepción del Vínculo Terapéutico desde su experiencia:

Pregunta: ¿Cómo consideras que es el vínculo terapéutico con tu terapeuta ocupacional?

Realizamos una tabla en un documento Word y volcamos los datos obtenidos de la desgrabación de la entrevista de cada usuario con cada pregunta abierta.

- Desgrabación de la entrevista,
- Transcripción textual de la respuesta a la pregunta abierta en un cuadro de “respuestas” de los profesionales de T.O. y los usuarios, por separado,
- Sistematización de la respuesta en categorías o tópicos.

Eje de Análisis: Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.

Pregunta: ¿Qué cosas te ayudaron a establecer un buen vínculo con tu terapeuta ocupacional?

Realizamos una tabla en un documento Word y volcamos los datos obtenidos de la desgrabación de la entrevista de cada usuario con cada pregunta abierta.

- Desgrabación de la entrevista,
- Transcripción textual de la respuesta a la pregunta abierta en un cuadro de “respuestas” de los profesionales de T.O. y los usuarios, por separado,
- Sistematización de la respuesta en categorías o tópicos.

Eje de Análisis: Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico

Pregunta: ¿Consideras alguna característica de tu T.O. que haya ayudado a la construcción de un buen vínculo con vos? ¿Y alguna característica tuya que creas que haya aportado para construir un buen vínculo?

Realizamos una tabla en un documento Word y volcamos los datos obtenidos de la desgrabación de la entrevista de cada usuario con cada pregunta abierta.

- Desgrabación de la entrevista,
- Transcripción textual de la respuesta a la pregunta abierta en un cuadro de “respuestas” de los profesionales de T.O. y los usuarios, por separado,
- Sistematización de la respuesta en categorías o tópicos.

2.2.6.2 Sistematización

La sistematización de los datos fue mixta; utilizamos recursos manuales (cuaderno de notas para anotaciones personales) y programas de Microsoft Office Excel (datos Cuantitativos) y Microsoft Office Word (datos Cualitativos):

Los datos cuantitativos los presentamos en una base de datos (tabla) Excel, en la cual analizamos la información horizontalmente por unidad de análisis de acuerdo a cada variable. Ver ANEXOS: 5.3 Tabla de Respuestas de los profesionales de T.O. – Variables suficientes y 5.6 Tabla de Respuestas de los usuarios – Variables suficientes.

Unidad de análisis 1: Cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental

y comunitario, en los años 2018-2019; dispusimos los datos de acuerdo a las siguientes variables teniendo en cuenta sus atributos o categorías:

- Edad: variable cuantitativa continua. Escala de razón o cociente.
- Género autopercebido: variable cualitativa dicotómica. Escala nominal.
- Años de experiencia laboral: variable cuantitativa continua. Escala de razón o cociente.
- Campo de intervención: variable cualitativa. politómica. Escala nominal.

Asimismo llevamos a cabo por cada variable el análisis univariado correspondiente, utilizando tablas de frecuencia (absoluta, relativa y porcentual). Ver **ANEXOS: 5.4** Tablas de Frecuencias.

Unidad de análisis 2: Cada uno de los usuarios que concurren al servicio de T.O. en los efectores de salud, en el campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019; dispusimos los datos de acuerdo a las siguientes variables teniendo en cuenta sus atributos o categorías:

- Edad: variable cuantitativa continua. Escala de razón o cociente.
- Género autopercebido: variable cualitativa dicotómica. Escala nominal.
- Tipo de efector de salud: variable cualitativa politómica. Escala nominal.

Asimismo llevamos a cabo por cada variable el análisis univariado correspondiente, utilizando tablas de frecuencia (absoluta, relativa y porcentual). Ver **ANEXOS: 5.7** Tablas de Frecuencias.

Para los datos Cualitativos desgrabamos y transcribimos las respuestas en una tabla de documento Word de acuerdo a las unidades de análisis (1: T.O.; 2: Usuarios) en relación a sus variables. Por cada unidad de análisis y variable tomamos una idea/tópico sobre el discurso. Ver **ANEXOS: 5.5** Cuadros de Respuestas de Profesionales de T.O. – Ejes de análisis y **5.8** Cuadros de Respuestas de Usuarios – Ejes de análisis.

Unidad de análisis 1: Cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, del campo físico, mental y comunitario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019; dispusimos los datos de acuerdo a los siguientes ejes de análisis y dimensiones:

- Percepción del Vínculo terapéutico.
- Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico.
- Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.
- Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.

Unidad de análisis 2: Cada uno de los usuarios que concurren al servicio de T.O. en efectores de salud, del campo físico, mental y comunitario en la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires en los años 2018-2019; dispusimos los datos de acuerdo a los siguientes ejes de análisis y dimensiones.

- Percepción del Vínculo Terapéutico desde su experiencia.
- Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.
- Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico.

Respecto al análisis de los datos en relación a nuestros objetivos:

1° Objetivo: Conocer la percepción del vínculo terapéutico construido a través de la experiencia del profesional de T.O. desde la perspectiva de los mismos, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. Se cumplió el objetivo planteado llevando a cabo la desgrabación y transcripción de las respuestas de los 22 profesionales de T.O. sobre los ejes de análisis: Percepción del Vínculo terapéutico, Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico, Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O. para cada UA1.

2° Objetivo: Conocer la percepción del vínculo terapéutico de los usuarios, desde el momento en que recibieron atención de T.O., en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. Se cumplió el objetivo planteado llevando a cabo la desgrabación y transcripción de las respuestas de los 22 usuarios sobre los ejes de análisis: percepción del Vínculo terapéutico desde su experiencia, Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico para cada UA2.

Respecto al análisis de los datos en relación a los supuestos planteados:

1° Supuesto: Desde la perspectiva de los profesionales de T.O. el vínculo terapéutico es fundamental en todo el proceso de intervención, y se caracteriza por la atención centrado en el usuario, la narrativa y el razonamiento clínico construyéndose a partir de la empatía, la calidez, el respeto, la autenticidad, la sensibilidad, especificidad, la inmediatez o el aquí y ahora, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y/o comunitario, en los años 2018-2019. A través de la desgrabación y transcripción de las respuestas sobre los ejes de análisis: Percepción del Vínculo terapéutico, Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico, Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., Factores que influyen en la construcción del V.T. durante el proceso de T.O. para cada UA1, nos acercamos a la perspectiva de los profesionales de T.O. en relación a la importancia del V.T. en todo el proceso de intervención y sus características,

construyéndose a partir de la empatía, la calidez, el respeto, la autenticidad, la sensibilidad, especificidad, la inmediatez o el aquí y ahora.

2° Supuesto: **Desde la perspectiva de los usuarios el vínculo terapéutico se construye a partir de características tales como ser escuchado, percibir interés, ser comprendido, no sentirse juzgado, ser respetado, sentir confianza, afecto, sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y/o comunitario, en los años 2018-2019.** A través de la desgrabación y transcripción de las respuestas sobre los ejes de análisis: Percepción del Vínculo terapéutico desde su experiencia, Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico para cada UA2, nos acercamos a la perspectiva de los usuarios en relación a la construcción del V.T. a partir de características tales como ser escuchado, percibir interés, ser comprendido, no sentirse juzgado, ser respetado, sentir confianza, afecto, sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones.

Respecto al análisis de los datos en relación a nuestra pregunta de investigación: **¿Cuál es la perspectiva acerca del Vínculo terapéutico para los usuarios y profesionales de T.O., en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y/o comunitario en los años 2018-2019?** Realizamos una lectura fluctuante y análisis de las respuestas obtenidas según las 44 unidades de análisis, categorizando y generando una interpretación del material obtenido, relacionando con ello la teoría, los objetivos, los distintos testimonios. Esto nos permitió conocer la perspectiva acerca del V.T. para los usuarios y profesionales de T.O.

2.3 Resultados

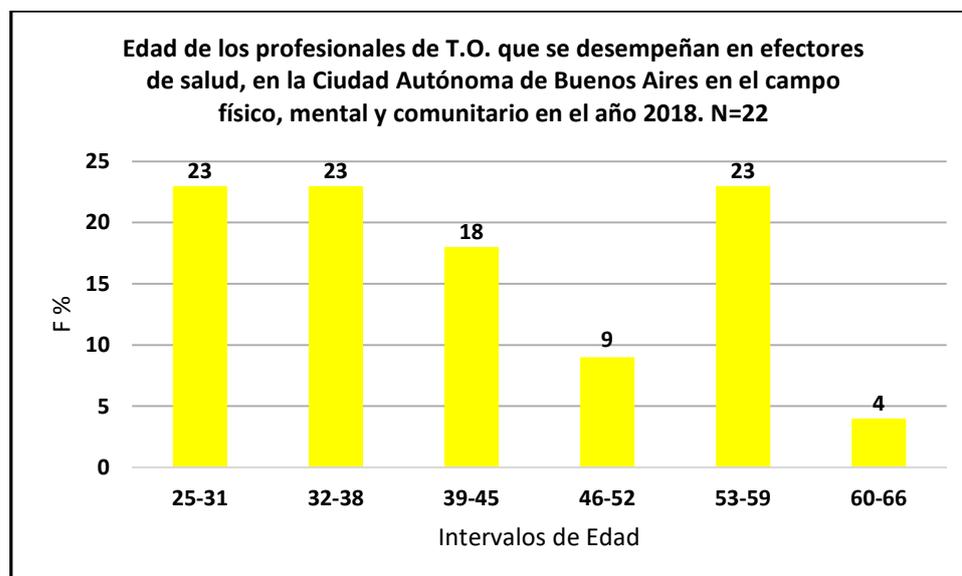
Unidad de Análisis 1: Profesionales de T.O.

- **Caracterización de la muestra:**

Edad de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N=22.

Tabla de Frecuencias: Ver ANEXOS – 5.4.1 Tabla de Frecuencias de la variable Edad.

Gráfico de la variable Edad de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N= 22.



De acuerdo a los datos arrojados en el Gráfico se observa que de un total de 22 profesionales de T.O., 5 se encuentran comprendidos en los rangos de 25 a 31 años, 32 a 38 años y 53 a 59 años, mientras que sólo 1 tiene entre 60 a 66 años.

Género autopercebido de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N=22.

Tabla de Frecuencias: Ver ANEXOS – 5.4.2 Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido.

Gráfico de la variable Género autopercebido de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N= 22.

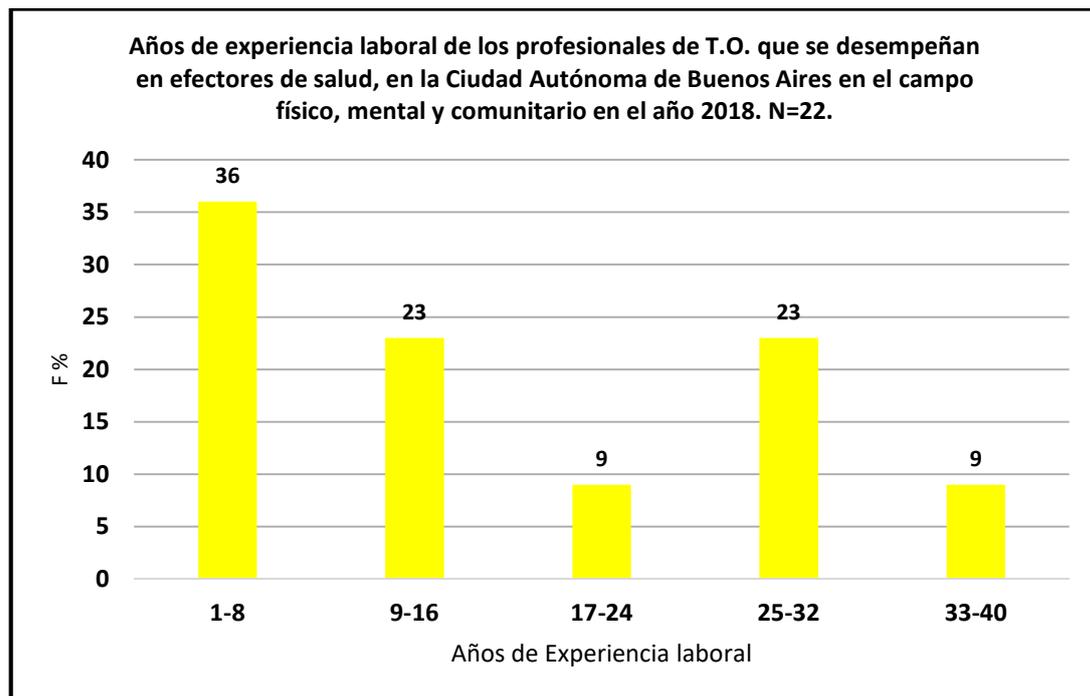


Según los datos arrojados en el Gráfico se observa que la mayoría de los profesionales de T.O. entrevistados se autoperciben con el género femenino, siendo solo un profesional del género masculino.

Años de experiencia laboral de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N=22.

Tabla de Frecuencias: Ver **ANEXOS** – 5.4.3 Tabla de Frecuencias de la variable Años de experiencia laboral.

Gráfico de la variable Años de experiencia laboral de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N= 22.

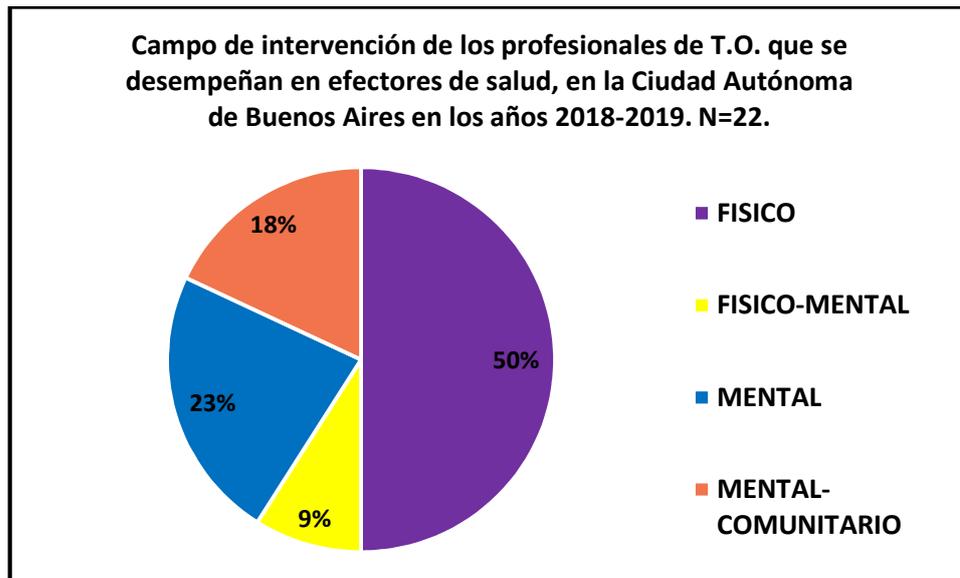


Según los datos arrojados en el Gráfico de columnas, la mayor parte de los profesionales de T.O. entrevistados tienen entre 1 a 8 años de experiencia laboral, mientras que 2 de los profesionales tienen mayor antigüedad laboral.

Campo de intervención de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

Tabla de Frecuencias: Ver ANEXOS – 5.4.4 Tabla de Frecuencias de la variable Campo de intervención.

Gráfico de la variable Campo de intervención de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22



Los datos arrojados en el Gráfico demuestran que la mayoría de los profesionales de T.O. entrevistados se desempeñan en el campo físico (11). Por otro lado se observa una pequeña diferencia (1) entre el campo mental y mental-comunitario.

Resultados del Objetivo Específico:

Conocer la percepción del vínculo terapéutico construido a través de la experiencia del profesional de T.O. desde la perspectiva de los mismos, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

A partir de las respuestas brindadas por los profesionales de T.O. acerca de ¿Qué es el Vínculo Terapéutico? analizamos que la relación terapéutica es el pilar sobre el cual construir la intervención, ya que todos lo consideran *“importante/primordial”, “base del tratamiento”, “pilar fundamental”*; así como aquellos que la describen como *“un ida y vuelta entre profesional y usuario”, “(...) es darle todo el tiempo el lugar al otro, a que decida, a que opine, a que tome decisiones, bueno a que se haga cargo de lo que decide y yo voy acompañando eso; y respetando todo el tiempo el no del otro, el que me confronte.”* (E. T.O. N° 21, 2019) que incluyen el concepto de usuario como sujeto participante en la relación. También una de las respuestas fue la *“confianza y respeto mutuo”* la cual nos remite a aquello que menciona Paganizzi (1991) sobre el espacio particular donde se da el vínculo terapéutico, llamado encuadre, el que podría facilitar el desarrollo del mismo.

Por ello, podría resultar un denominador común hablar de la importancia del vínculo terapéutico en la intervención de T.O. según nuestra muestra. Esta consideración podría tener su fundamento en los pilares de nuestra disciplina, la cual

integra desde sus inicios una mirada holística y un constante empeño en buscar los intereses del usuario, como bien mencionamos en el marco teórico.

A continuación destacaremos algunos ejemplos sobre las distintas percepciones que podrían mostrar la complementariedad teórica (marco teórico) que existe en la manera de pensar y definir el vínculo según cada profesional, y que nos hablan de un desarrollo del término a lo largo del tiempo, atravesado por el contexto social.

“(...) generador de bienestar o resistencia (...).” (E. T.O. N° 6, 2018).

En otras respuestas observamos que uno de los profesionales de T.O. posiciona al vínculo desde otro lugar, llamándolo transferencia. Según Freud estos parten de los fenómenos inconscientes del sujeto, que se manifiesta en el intercambio entre el profesional y el usuario.

“Le decimos V.T. o transferencia. El V.T. es aquello que se genera con el sujeto que viene a buscar nuestra ayuda y nuestro saber (...).” (E. T.O. N° 15, 2019).

En la misma entrevista, el profesional toma una postura de desconocimiento con respecto al usuario, abriendo la posibilidad de generar un nuevo modelo de relación (Early, 1996, citada por Pellegrini, 2013).

“Uno genera un vínculo que tiene que ver con la empatía, el terapeuta siempre en la posición de ese vínculo se tiene que poner, en una posición de ignorancia, es decir, una posición de “yo no sé qué es lo que a vos te pasa y necesito que vos confíes en mí y me cuentes”. (E. T.O. N° 15, 2019).

En relación a las cualidades necesarias que debe tener un profesional para construir un buen vínculo durante el proceso de intervención destacamos los siguientes criterios/tópicos:

- Empatía (15 T.O.)

“(...) no ver una patología, no ver un objeto, una enfermedad enfrente, ver un sujeto. Y tratar de entender ese sujeto en el contexto en el que vive.” (E. T.O. N° 21, 2019).

- Calidez (8 T.O.)

“(...) plantear los objetivos del tratamiento teniendo en cuenta siempre los intereses de la persona (...).” (E. T.O. N° 10, 2018).

- Autenticidad (7 T.O.)

“(...) El análisis personal, la terapia lo que fuere; la cotidianeidad con tus pares de comentar lo que te está pasando y que alguien te pueda marcar o señalar y la supervisión con una persona que tenga más experiencia que vos, ajena a ese vínculo que vos vas construyendo, te puede señalar determinadas cosas que a vos te sirven para

seguir continuando y para mejorar el tratamiento con el paciente (...)” (E. T.O. N° 15, 2019).

- Respeto (6 T.O.)

“(...) tenes que tener la capacidad de escuchar y ver si al otro, le pasa lo mismo, o sea, qué es lo que el otro te está diciendo, a partir de la escucha, oído, paciencia, tolerancia.” (E. T.O. N° 5, 2018).

- Sensibilidad (2 T.O.)

“Yo creo que cualquier profesional, más allá de la cuestión disciplinar, académica, profesional, tiene que tener sensibilidad, conciencia social, tiene que poder mirar al otro como un par, más allá de los roles que cada uno ocupa en ese momento determinado.” (E. T.O. N° 20, 2019).

- Específico (2 T.O.)

“(...) a esto se le suma cuestiones de paciencia, de poder explicarle con terminología que la otra persona pueda entenderte, hacer como simplificar, así como graduamos las terapeutas ocupacionales la actividad, graduar también la explicación que le damos a esa persona para que pueda comprender, lo que uno le está diciendo (...)” (E. T.O. N° 10, 2018).

- Inmediatez o el aquí y el ahora (1 T.O.)

“Empatía primero y principal, re importante, y después, bueno, ida y vuelta, feedback. Que no quede solo ni en un lugar, ni en el otro, como que sea algo que se va armando conjuntamente (...)” (E. T.O. N° 4, 2018).

La mayoría de los profesionales de T.O. coincide en que la empatía es la cualidad determinante para la construcción del V. T. siendo esta una actitud estable, la habilidad que nos permite colocarnos en el lugar del usuario, no verlo como una patología u objeto a tratar, sino un sujeto al cual pretendemos comprender, escuchar y estimular a ampliar sus puntos de vista para su propio desarrollo. Este intercambio emocional entre los profesionales y usuarios permite una comunicación más abierta humanizando la relación. Nos permitimos reflexionar que la empatía es la cualidad central que permite el desarrollo de otras, entendiendo que es independiente de las demás cualidades pero sin ella difícilmente puedan forjarse.

Asimismo la Calidez y Autenticidad son consideradas como cualidades importantes para los profesionales entrevistados, ya que favorecen un vínculo ameno/amistoso y abierto al intercambio partiendo de la habilidad del profesional de generar un espacio cómodo y seguro estando alerta a las necesidades del usuario ya que se ponen en juego factores como su identidad, el grado de recuperación esperada y el proceso de adaptación los cuales forman parte del proceso de Terapia Ocupacional.

Por otra parte, nos parece importante destacar que algunos profesionales de T.O. consideraron al Conocimiento teórico y la Experiencia como características relevantes para la construcción del Vínculo Terapéutico, remitiéndonos a Early (1996) quien considera que relacionarse con los usuarios es una destreza y se desarrolla con la experiencia, con esfuerzo y práctica.

En relación a las preguntas ¿Qué es un mal vínculo? y ¿Qué es buen vínculo? Destacamos aquellas respuestas que hablan acerca de la negociación intersubjetiva que se produce entre profesional y usuario:

- *“(...) estar consciente de que cada persona es individual, que tiene sus individualidades (...) teniendo en cuenta siempre la particularidad de cada una de las personas con las que trabajas. (...) un buen vínculo, es también ser permeable a estas cosas, ser flexible me parece que es importante también a cada una de las personas. (...) flexibilidad y adaptarte al otro (...)” (E. T.O. N° 18, 2019).*
- *“(...) respetar los valores, las creencias, a pesar de que no sean compartidas (...)” (E. T.O. N° 17, 2019).*

En estas respuestas vemos una misma mirada acerca de la importancia de respetar los valores y decisiones de los usuarios que asisten al servicio de T.O. Podríamos pensar en aquello que sostiene el pensamiento de Roger, desde una mirada humanista, en la cual cada persona está dotada de rasgos que la capacitan para dar significado a su vida, respondiendo en los distintos momentos y circunstancias de manera autónoma. Por otra parte, desde el lugar de los profesionales se asume desde el vínculo, la posibilidad de aportar al desarrollo de ese potencial. A continuación ejemplificamos el actuar de un profesional que se pone a disposición del usuario, considerándose como “un medio” para el mismo:

- *“(...) saben que ante cualquier cuestión que necesiten a nivel ocupacional me pueden contactar. (...) el hecho que me consultara y saber que yo soy un recurso, que la puedo ayudar o que se puede contactar (...) sabe que puede contar conmigo, me parece que es un buen vínculo.” (E. T.O. N° 21, 2019)*

Por otra parte, la valoración de un mal vínculo en uno de los profesionales coincide con la teoría de Freud sobre la transferencia y contratransferencia. En la E. T.O. N° 16, 2019:

- *“No sé si hay malos vínculos, creo que lo que hay es malas transferencias o contratransferencias, hay veces que uno se engancha con cuestiones del paciente o de la persona con la que está trabajando y que te movilizan (...)”*

Por otra parte, como menciona Neistadt (1996) citado en Erhardt y Meade (2005) el proceso de razonamiento proporciona una estructura (un marco de pensamiento) para organizar y apoyar el pensamiento clínico y la reflexión. Por lo cual a partir de las

respuestas brindadas por los profesionales reflexionamos acerca de la importancia del vínculo entre T.O. y usuario durante el proceso del mismo, estableciendo una relación horizontal entre pares tal como refiere la E. T.O. N° 20, 2019: *“la relación de ser humano a ser humano, establecer eso, para después poder pensar otra cosa, porque si no hay relación, si no está este intercambio par, no hay posibilidad de otra cosa (...)”*.

Esto permite repensar y replantear el razonamiento clínico, abriendo la posibilidad de que el usuario sea un sujeto activo en la elección y participación de su tratamiento. Como se refiere en la E. T.O. N° 21, 2019:

(...) un buen vínculo es uno repensar e ir cambiando todo el tiempo la estrategia. No es que el otro se tiene que adaptar a lo que yo le digo, porque no es que yo tenga la verdad ocupacional. (...) No es mi responsabilidad que el tratamiento vaya bien, es entre los dos.

Por último nos parece interesante destacar lo referido en la E. T.O. N° 3, 2018, en la cual considera al V.T. como una forma de intervención: “es un eje fundamental en sí mismo, es una intervención la formación del vínculo de algún modo (...)” ya que sostiene todo el proceso y otorga tanto al usuario como al T.O. la posibilidad de resignificar los vínculos.

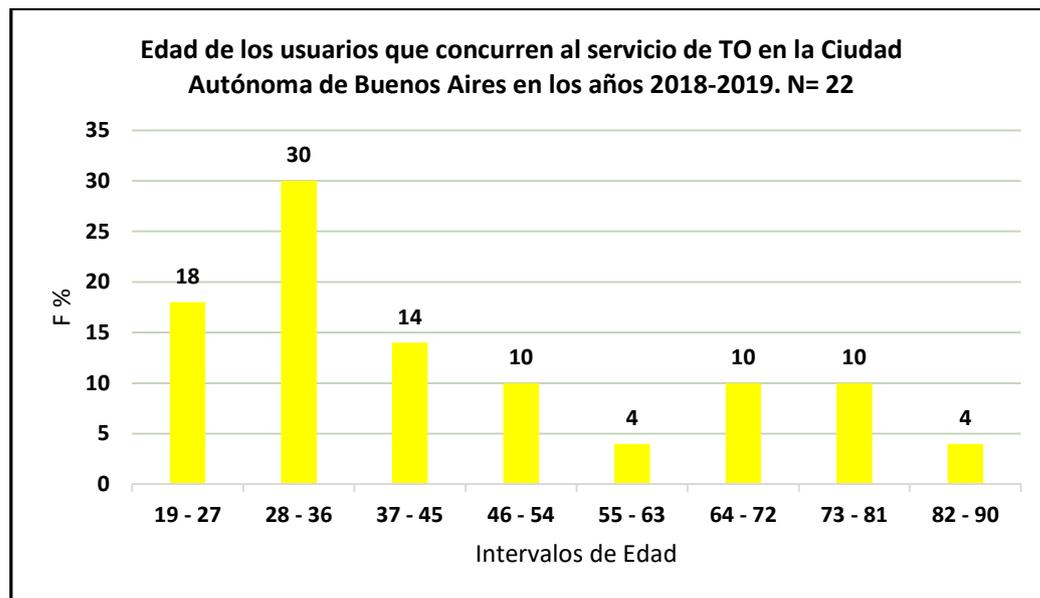
Unidad de Análisis 2: Usuarios

- **Caracterización de la muestra:**

Edad de cada uno de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N=22.

Tabla de Frecuencias: Ver ANEXOS – 5.7.1 Tabla de Frecuencias de la variable Edad.

Gráfico de la variable Edad de los usuarios que concurren al servicio de TO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.

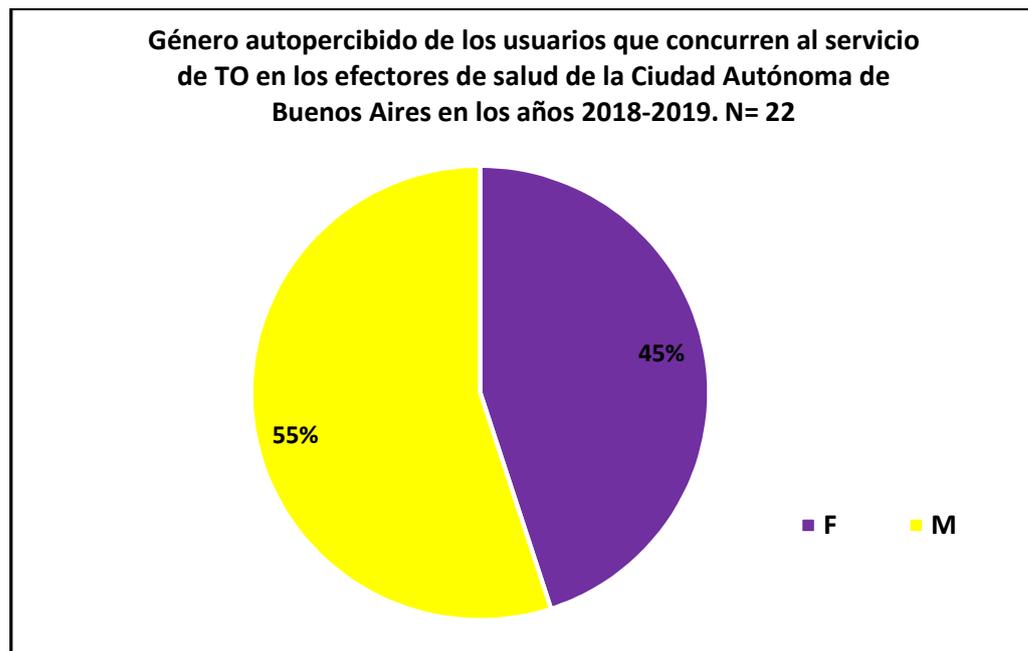


De acuerdo a los datos arrojados en el Gráfico se observa que de un total de 22 usuarios, la mayoría (7) se encuentra comprendida en el rango de 28 a 36 años, siendo una población adulta joven, mientras que sólo uno tiene entre 55 a 63 años y 82 a 90 años.

Género autopercebido de cada uno de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N=22.

Tabla de Frecuencias: Ver **ANEXOS** – 5.7.2 Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido.

Gráfico de la variable Género autopercebido de los usuarios que concurren al servicio de TO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.

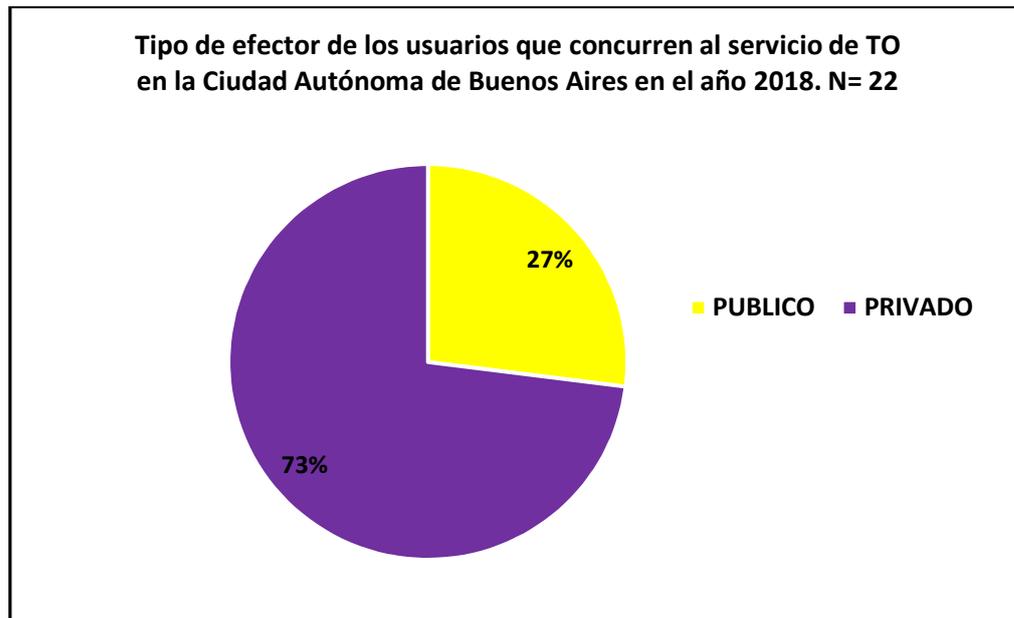


Según los datos arrojados en el Gráfico se observa una diferencia del 10% entre los usuarios que se autoperceben con el género masculino y los que se autoperceben con el género femenino, siendo la mayoría autopercebidos con el género masculino.

Tipo de efector de cada uno de los usuarios que concurren al servicio de TO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N=22.

Tabla de Frecuencias: Ver ANEXOS – 5.7.3 Tabla de Frecuencias de la variable Tipo de efector.

Gráfico de la variable Tipo de efector de los usuarios que concurren al servicio de TO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.



Según los datos arrojados en el Gráfico de tortas la mayor parte de los usuarios entrevistados concurren a los servicios de T.O. pertenecientes a efectores de salud de tipo privado, ya sea por obra social o prepaga. A diferencia del 27 % de los usuarios que asisten a efectores de salud públicos.

Resultados del Objetivo Específico:

Conocer la percepción del vínculo terapéutico de los usuarios, desde el momento en que recibieron atención de T.O., en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

En las entrevistas realizadas pudimos percibir el carácter dialéctico bipolar, es decir el ida y vuelta, que se presenta en el vínculo terapéutico. De un total de 22 usuarios, se definen las respuestas en relación al vínculo con su T.O. según los siguientes criterios:

- Bueno: 8 usuarios.

“Es un vínculo de asistencia mutua, ambas ponemos nuestra parte”. (E. Usuario N° 20, 2018).

- Muy Bueno: 7 usuarios.

“Re bueno, es lo que el paciente espera, no son como los demás, es una mujer que se preocupa por el diagnóstico del paciente”. (E. Usuario N° 19, 2018).

“Noto mucho acompañamiento (...) me gustó mucho (...) la forma en que se hizo toda la evaluación (...) poner las prioridades de trabajo (...)” (E. Usuario N° 3, 2018)

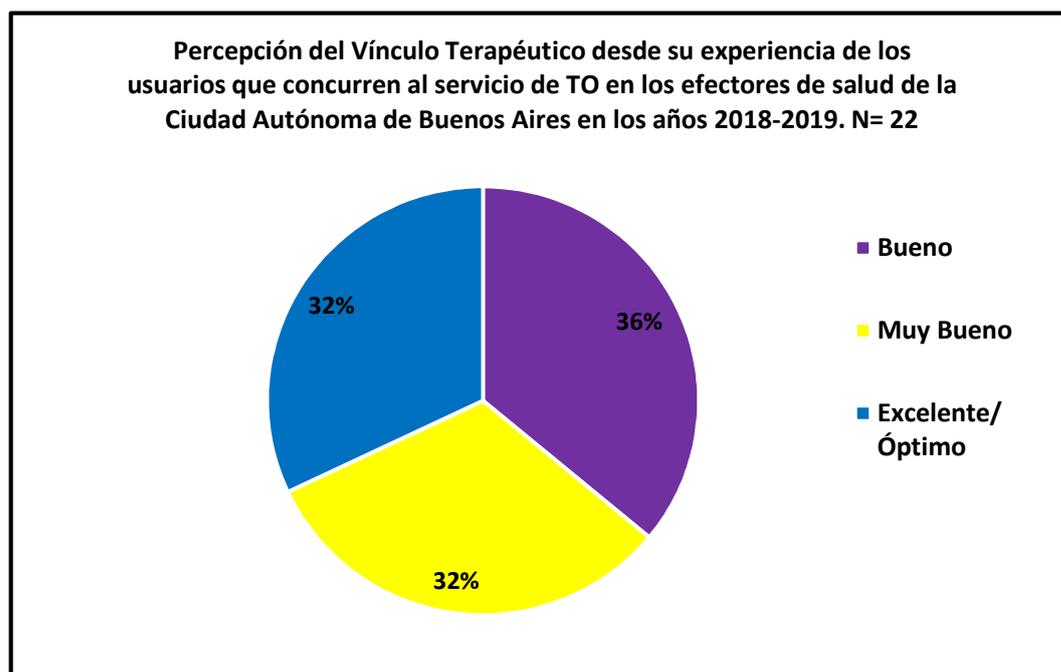
- Excelente/Óptimo: 7 usuarios.

“(…) nos conocemos hace 18 años”. (E. Usuario N° 5, 2018).

“Yo tengo 42 años por lo tanto a lo largo de mi vida tuve muchos años de terapia ocupacional y creo que el vínculo terapéutico fue cambiando depende de la época de mi vida (...) la que me acompañó el último tiempo en la adultez, yo realmente, establecí un vínculo hasta de amistad, o sea éramos pares.” (E. Usuario N° 9, 2018).

A partir de las respuestas, podemos deducir que existe una relación entre lo que manifestaron los profesionales de T.O. en las entrevistas, y las vivencias o percepciones de los usuarios con respecto a la calidad del vínculo terapéutico. Estos resultados nos permiten reflexionar sobre la predisposición a formar buenos vínculos por parte de los profesionales, asimismo sustentadas en las entrevistas a los T.O.

Gráfico del eje de análisis Percepción del Vínculo terapéutico desde su experiencia de los usuarios que concurren al servicio de TO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.



En relación a las respuestas de los usuarios sobre los factores que influyen en la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de T.O. destacamos los siguientes criterios/tópicos:

- Empatía: (16 U.)

“(...) te hablo de la última... de la que me acompañó este último tiempo... creo que había una buena afinidad, (...) ella tenía... una buena predisposición a ponerse en mi lugar, a poder ver las cosas desde mi lugar (...)” (E. Usuario N° 9, 2018).

- Conocimiento teórico: (12 U.)

“(...) el conocimiento que tienen como para ir brindando soluciones a las necesidades para ir ganando independencia en lo cotidiano” (E. Usuario N° 3, 2018).

- Calidez: (9 U.)

“La cordialidad, se ocupan de los pacientes, se hace divertido, es diferente.” (E. Usuario N° 21, 2018).

- Respeto: (8 U.)

“(...) el respeto, también a las ganas que tenía yo, yo me considero para muchas cosas un tipo vago, y en la terapia ocupacional, ser vago es lo que complica y creo que Ceci, lo supo aceptar y lo llevó bien...o sea bancándose... y bueno... pero a la vez ayudándome a aprovechar todo lo que podía.” (E. Usuario N° 9, 2018).

- Compromiso: (2 U.)

“Nos conocemos desde que yo soy chiquita, siempre hablamos, estuvo en mis reuniones familiares (...) en todo (...)” (E. Usuario N° 5, 2018).

- Escucha: (2 U.)

“(...) por un lado el tema de la escucha, o sea, yo considero que eso es fundamental no? como la escucha de las necesidades que uno tiene (...)” (E. Usuario N° 3, 2018).

La mayoría coincide en que la empatía es un factor determinante para facilitar la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de T.O. tal como lo manifestaron los profesionales de T.O. en sus respuestas. Dadas las singularidades de cada sujeto comprendemos que esta cualidad se manifestará de manera distinta, sin embargo comparten un mismo significado para todos los entrevistados, el sentirse escuchado y comprendido.

Asimismo el conocimiento teórico y la calidez por parte del profesional son considerados fundamentales para la construcción del vínculo. Para los usuarios es necesario que el T.O. esté preparado para enfrentar o resolver las distintas intervenciones individuales desde su conocimiento teórico formal además de generar un clima de intimidad ameno entre profesional y usuarios.

Por otro lado el respeto, el compromiso y la escucha fueron menos destacados por los usuarios como factores facilitadores del vínculo terapéutico en el proceso de T.O.

Nos parece importante destacar que del total de la muestra un usuario no supo qué responder, y dos usuarios se percibieron como parte de los factores que facilitan la construcción del vínculo terapéutico:

- *“La responsabilidad de cada uno” (E. Usuario N° 12, 2018).*

“Me gusta ayudar y hablar con los demás, yo soy religiosa y soy así con las personas” (E. Usuario N° 17, 2018).

Resulta interesante destacar el rol activo de algunos usuarios los cuales se muestran capaces de aportar a la relación. Junto con esto, resulta importante por parte del profesional, tener la habilidad de moldear la relación.

En relación a las respuestas sobre las cualidades necesarias de los T.O. para la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de intervención destacamos los siguientes criterios/tópicos:

- Empatía (14 U.)

“Me trata de hablar, poder sacar (...) hablar de las cosas... porque yo soy muy reservada... entonces... no cuento a todos, con ella a veces sí” (E. Usuario N° 4, 2018).

- Sensibilidad (8 U.)

“Atenta a cada uno y su evolución” (E. Usuario N° 15, 2018).

- Autenticidad (7 U.)

“La dedicación que pone en atender a los pacientes” (E. Usuario N° 18, 2018).

- Calidez (6 U.)

“En un buen clima de trabajo, digamos, yo me siento bien, si hay un buen clima, yo trabajo muy cómodo y estoy muy contento” (E. Usuario N° 10, 2018).

- Inmediatez o el aquí y el ahora (4 U.)

“Cómo es conmigo... me pregunta... en qué me falta práctica... o en qué tengo dificultades para hacer las cosas solas” (E. Usuario N° 1, 2018).

- Respeto (3 U.)

“Su buena atención, y su paciencia más que todo” (E. Usuario N° 12, 2018).

- Específico (2 U.)

“(...) siempre buscarle el modo sencillo de hacer las cosas que me cuestan” (E. Usuario N° 5, 2018).

A través del análisis de los resultados, observamos que lo descripto en la teoría es reflejado en la práctica, siendo la empatía un componente fundamental para establecer una relación, la misma posibilita la entrada a un clima de confianza y sensación de

percibir interés por parte del otro, pero sólo podrá consolidarse como una actitud estable, es decir como cualidad, en la medida en la que exista un continuum entre la actitud primera (empática) y el desarrollo de la habilidad como cualidad.

En relación a esto y de acuerdo a las respuestas de los usuarios, se perciben en el vínculo terapéutico las siguientes características:

- Sentir confianza: (13 U.)

“Yo creo que hacer todo lo que ellos dicen (...)” (E. Usuario N° 12, 2018).

- Percibir interés: (7 U.)

“Predispuesta a hacer lo que me dicen” (E. Usuario N° 16, 2018).

- Sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones: (5 U.)

“Las ganas de trabajar y las ganas de progresar, eso es lo que yo construí” (E. Usuario N° 10, 2018).

- Ser respetado: (4 U.)

“(...) el trato es más humanitario” (E. Usuario N° 19, 2018).

- Afecto: (3 U.)

“(...) conozco también a su familia...ella conoce a la mía... (...) el querer ayudarnos siempre con todo (...)” (E. Usuario N° 5, 2018).

- Ser Escuchado/comprendido: (3 U.)

“(...) mucha charla y saber mucho de cada una (...)” (E. Usuario N° 5, 2018).

- No sentirse juzgado: (1 U.)

“Trato de hacer lo que ella dice, y aunque no me salga lo hago” (E. Usuario N° 4, 2018).

De acuerdo a los resultados, “sentir confianza” es uno de los criterios más destacados por parte de los usuarios, seguido de “percibir interés” y “sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones”. En los resultados podemos observar el uso del modelo centrado en la persona en T.O., el cual se basa en la importancia del rol activo de los usuarios en la intervención, teniendo en cuenta sus intereses, valores y necesidades, así como sus derechos frente a los profesionales (Price citado por Ayres, 2011).

Por otro lado a partir de la pregunta realizada a los usuarios acerca de ¿Y alguna característica tuya que creas que haya aportado para construir un buen vínculo? Destacamos a continuación aquellas respuestas que hablan acerca de sus aportes

personales para la construcción del vínculo terapéutico en relación a los siguientes tópicos:

- Predisposición (9 U.)

“mi predisposición a querer estar mejor, o sea, yo creo que eso es fundamental, (...) yo creo que esas ganas de querer estar mejor, una cuestión de actitud positiva de decir bueno, más allá de lo que me esté pasando, buscarle la vuelta, creo que, es lo que ayuda, sí.” (E. Usuario N° 3, 2018).

- Compromiso (4 U.)

“Yo pongo toda la mejor voluntad para que me atienda y necesito ayuda.” (E. Usuario N° 13, 2018).

- Persistencia / Perseverancia (3 U.)

“Las ganas de trabajar y las ganas de progresar, eso es lo que yo construí (...)” (E. Usuario N° 10, 2018).

- Aceptación (2 U.)

“Me brindé y acepté como estaba, siguiendo las indicaciones de los profesionales.” (E. Usuario N° 18, 2018).

- Abierto al diálogo / Feedback (2 U.)

“(...) aportamos dos, apporto yo y aporta él y se hace una clase mejor, entre los dos (...)” (E. Usuario N° 8, 2018).

- Motivación (2 U.)

“Por el lado de jugar, más por ese lado, a jugar aunque sea grande, porque a todos nos gusta jugar (...)” (E. Usuario N° 2, 2018).

- Afecto (1 U.)

“(...) mucha charla y saber mucho de cada una... y aparte conozco también a su familia, ella conoce a la mía, entonces creo que sí, el querer ayudarnos siempre con todo mutuamente.” (E. Usuario N° 5, 2018).

- Simpatía (1 U.)

“Sí... lo hincha pelotas que soy, y sí... la simpatía.” (E. Usuario N° 6, 2018).

- Confianza (1 U.)

“Cómo te puedo explicar mi forma de ser, de estar tranquilo y aportar también a la relación, entre él, (...) por ahí que no me enojo... de lo que hagan o no, para mí todo lo hacen bien o sea es como “habituarse” (...)” (E. Usuario N° 8, 2018).

- Empatía (1 U.)

“(...) una afinidad entre las personas, tiene que ver...un feeling que va más allá, (...) hay una paridad (...) hay un lenguaje en común. (E. Usuario N° 9, 2018).

- Respeto (1 U.)

“Me siento cuidada, respetada y respeto a ella (la T.O.) y al tratamiento.” (E. Usuario N° 15, 2018).

- Escucha (1 U.)

“Abierto al diálogo, escucha, feedback (...) cuando el diálogo es errado en la demanda se nota que no hay personalización, sos un número, hay mil pacientes, discusiones, etc. Me pasó que tuve que pedir que me expliquen que tenía sino no te dicen nada.” (E. Usuario N° 21, 2018).

- Responsabilidad (1 U.)

“Responsabilidad para cumplir la parte que te toca en el tratamiento” (E. Usuario N° 22, 2018).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, los tópicos más mencionados fueron la Predisposición y el Compromiso. Nos parece interesante citar a Price (2011) ya que señala que los usuarios se presentan desde su realidad, en el cual se ponen en juego factores como la identidad del usuario, el grado de recuperación esperada y el proceso de adaptación, los cuales forman parte del proceso de Terapia Ocupacional. Tal como refiere la E. Usuario N° 19, 2018: *“El buen trato repercute en el tratamiento, uno se siente más acompañado, te predispone, influye en la mejora.”*

Resultados de los Supuestos:

1. Desde la perspectiva de los profesionales de T.O. el vínculo terapéutico es fundamental en todo el proceso de intervención, y se caracteriza por la atención centrada en el usuario, la narrativa y el razonamiento clínico construyéndose a partir de la empatía, la calidez, el respeto, la autenticidad, la sensibilidad, especificidad, la inmediatez o el aquí y ahora, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y comunitario, en los años 2018-2019.

A través de las 22 respuestas de los profesionales de T.O. sobre los ejes de análisis: Percepción del Vínculo terapéutico, Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico, Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., Factores que influyen en la construcción del V.T. durante el proceso de T.O. para cada UA1, constatamos que la perspectiva de los mismos en relación a la importancia del Vínculo terapéutico en todo el proceso de intervención y sus características coincide con dicho supuesto, el cual se construye a de la siguiente manera:

- Empatía (15 T.O.)
- Calidez (8 T.O.)
- Autenticidad (7 T.O.)
- Respeto (6 T.O.)
- Sensibilidad (2 T.O.)
- Especificidad (2 T.O.)
- Inmediatez o aquí y ahora (1 T.O.)

Consideramos que la cualidad de “inmediatez o el aquí y ahora” queda implícita en el vínculo terapéutico entre T.O. y usuario, pero al momento de la entrevista sólo fue mencionada por una profesional.

Por otra parte destacamos que algunos profesionales de T.O. consideraron al Conocimiento teórico (5) y la Experiencia (2) como características relevantes para la construcción del Vínculo Terapéutico. Si bien no son cualidades mencionadas por Pellegrini (2013), Early (1996) considera que relacionarse con los pacientes es una destreza y se desarrolla con la experiencia, con esfuerzo y práctica.

2. Desde la perspectiva de los usuarios el vínculo terapéutico se construye a partir de características tales como ser escuchado, percibir interés, ser comprendido, no sentirse juzgado, ser respetado, sentir confianza, afecto, sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y/o comunitario, en los años 2018-2019.

A través de las 22 respuestas de los usuarios sobre los ejes de análisis: Percepción del Vínculo terapéutico desde su experiencia, Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., Cualidades para la construcción del Vínculo terapéutico para cada UA2, constatamos que la perspectiva de los mismos en relación a la construcción del Vínculo terapéutico a partir de sus características coincide con dicho supuesto, el cual se construye a de la siguiente manera:

- Sentir confianza (13 U.)
- Percibir interés (7 U.)

- Sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones (5 U.)
- Ser respetado (4 U.)
- Ser escuchado y comprendido (3 U.)
- Afecto (3 U.)
- No sentirse juzgado (1 U.)

Respecto al análisis de los datos en relación a nuestra pregunta de investigación: **¿Cuál es la perspectiva acerca del Vínculo terapéutico para los usuarios y profesionales de T.O., en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y/o comunitario en los años 2018-2019?**

Logramos acercarnos y conocer la perspectiva de los usuarios y profesionales de T.O. sobre Vínculo Terapéutico a través de la lectura fluctuante de la teoría y el análisis de las respuestas.

3. CONCLUSIONES

El presente T.F.I. aborda la temática en torno al concepto de Vínculo terapéutico. Hemos realizado una aproximación teórica y práctica sobre la perspectiva de la misma para los profesionales de T.O. y los usuarios, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los años 2018 - 2019. Consideramos las cualidades que definen el vínculo terapéutico en el caso de los terapeutas y los usuarios.

En primer lugar comenzaremos exponiendo las debilidades de nuestro trabajo y en segundo lugar desarrollaremos los aportes que podrían ayudar a mejorar la relación terapéutica en la práctica así como en la formación de los profesionales y la importancia del rol activo del usuario.

En relación al tipo de diseño de trabajo final consideramos que hubiese sido interesante realizar un trabajo de investigación de tipo longitudinal donde pudiéramos analizar el desarrollo del vínculo terapéutico a lo largo de todo el proceso de intervención, ya que es un proceso que requiere de tiempo para la formación de lazos y consolidación del mismo. Este proceso de maduración permite entender aquellas bases primarias (vínculos primarios) tanto del usuario como del profesional de T.O. y los factores externos que dieron la particularidad y singularidad a ese vínculo. Así mismo, este tipo de diseño nos permitiría acercarnos a la posibilidad de encuadrar distintos tipos de vínculos según el campo de intervención para ver si existen diferencias o similitudes entre sí.

Por otra parte, podría haber sido interesante analizar cada vínculo terapéutico: profesional de T.O. junto con el usuario correspondiente, para observar cómo estos se fueron construyendo a lo largo del tiempo, ya que algunos profesionales de T.O. no pudieron contactarnos con usuarios de su servicio. Del mismo modo, realizar entrevistas a usuarios que concurren al servicio de T.O. en el campo de salud mental podría haber aportado a la investigación datos interesantes, teniendo en cuenta que la utilización de la palabra en este campo cobra mayor relevancia en la intervención.

Respecto al instrumento incluiríamos preguntas abiertas ya que consideramos hubiese sido más enriquecedor dar espacio a la narrativa, ya que el aporte de nuestra investigación consistía en conocer las subjetividades de cada profesional de T.O. y usuario en relación a sus vínculos terapéuticos. Esto pudimos percibirlo a medida que fuimos realizando dichas entrevistas.

Por otra parte, aclarar que nuestro N muestral no llega a ser representativo a la población de profesionales de T.O. y usuarios de C.A.B.A., de igual modo que el tipo de muestra, ya que fue no probabilística y causal por la falta de contactos y respuestas de profesionales de T.O., y de otra forma (probabilística) hubiese sido más abarcativo y objetivo.

En relación a los supuestos, observamos que no hubo contradicción entre lo planteado por el supuesto y los resultados de la muestra. Permittiéndonos reflexionar sobre ello, articulando la teoría y posibles aportes.

En relación a los conceptos mencionados en el planteamiento del problema y marco teórico, realizamos un recorrido desde lo histórico del concepto de Relación terapéutica basándonos en las teorías propias de la T.O. de origen anglosajón hasta llegar a nuestros contextos histórico sociales que se caracterizan por articular dicha teoría con otras perspectivas latinoamericanas que parten de otras fuentes teóricas y plantean otros tipos de vínculos. Estos vínculos se basan en un intercambio bidireccional, como es el caso del vínculo según Riviere (Taragano, 1980) que tiene como fuente la teoría de las relaciones de objeto (discurso kleiniano) poniendo a prueba la teoría psicoanalítica junto con experiencias de trabajo social, abriéndose a nuevas contribuciones y aportes desde su interés en la psicología social por parte del autor antes mencionado.

Dicho esto, nos servimos/inspiramos, entre otros, de este modelo de trabajo y nos sentimos reflejadas en él, sabiendo que la teoría y la práctica permanecen siempre en una relación dialéctica mutua, animándonos a reflexionar sobre los tipos de vínculos partiendo de la teoría tradicional anglosajona, a quien debemos el fundamento de nuestra disciplina, así como de los aportes de otras perspectivas que además nos hablan de contextos similares a los que nos enfrentamos día a día.

Por otra parte, el concepto de Vínculo terapéutico es propio de la disciplina de la psicología y se nutre de otras como la antropología y sociología que se ocupan de entender los pensamientos y conductas de la persona y la influencia de su comportamiento en la sociedad y entre pares. Por este motivo, ha sido necesario extraer elementos de estas disciplinas y sus diferentes corrientes teóricas para poder comprender el significado del concepto y extrapolarlo a la disciplina de T.O. De este modo, resulta complejo abordar en el ámbito de nuestra disciplina dicho concepto que queda implícito en el estudio, siendo tan abarcativa la persona en sí misma, sus sentimientos, interacciones y la experiencia del sufrimiento en su vida. Por lo cual sería interesante para otras investigaciones abordar el tema en conjunto con otras disciplinas, especialmente afines, que puedan aportar sus conocimientos, sobre todo al haber afirmado anteriormente que no había conocimiento disponible suficiente en terapia ocupacional sobre el tema. La formación en otras disciplinas es clave para el entrenamiento en la relación terapéutica y el abordaje desde su complejidad.

Por otro lado, si bien contamos en varios espacios del ejercicio de la profesión con el intercambio de otros profesionales, resulta interesante focalizar la mirada en el vínculo y no tanto en la patología o en la limitación, focalizarnos en eso que junto al usuario podemos lograr como profesionales de la salud, a partir de la consolidación de un buen vínculo en el cual este se sienta y sea el protagonista de su propia historia. Si aprendemos a priorizar a la persona antes que la enfermedad o la función, y además nos abrimos al intercambio con otros profesionales lograremos ampliar nuestra capacidad de ver la realidad del usuario pasando de preguntarnos, en palabras de Rogers (2000): *¿Cómo puedo tratar, curar o cambiar a esta persona?, en tanto que ahora mi pregunta sería: ¿cómo puedo crear una relación que esta persona pueda utilizar para su propio desarrollo? (p. 40)*

En relación a los resultados, hemos concluido que la utilización del concepto de vínculo terapéutico en la práctica de todos los campos de intervención de T.O. es considerado como un factor determinante para el tratamiento, el cual permite abrir un espacio de escucha que facilita conectar emocionalmente con el sujeto, humanizando dicha relación. Como refiere la E. T.O. N° 6 (2018):

Por ejemplo el recuerdo de pacientes que atendí muchos años y que fallecieron, en ese momento tomo conciencia de la parte que ocupé en sus vidas y ellos en la mía; y si más allá de haberlos ayudado o no en su desempeño ocupacional, pude brindarles respeto, afecto.

Como mencionamos arriba, este factor humanizante está íntimamente conectado con el vínculo y se relaciona directamente con las cualidades que permiten la construcción del mismo reflejadas en las respuestas de los usuarios entrevistados: la empatía, la sensibilidad y la autenticidad, principalmente. Esto permite una comunicación más abierta y una voluntad constante de “estar” y “hacer con” los usuarios (Price, 2011),

partiendo de la habilidad del profesional de generar un espacio cómodo y seguro estando alerta a las necesidades del usuario. Tal como refiere la E. T.O. N° 6 (2018): *“es parte del tratamiento para mí, generador de bienestar o de resistencia, un canal para que circule la terapia.”*

Por otro lado, al llevar a cabo las entrevistas a los profesionales de T.O., identificamos una respuesta que nos llevó a repensar sobre la formación del vínculo en el tiempo y la consolidación del mismo:

Yo pongo en discusión la palabra “vínculo” pero bueno, por una cuestión de que para mí un vínculo se genera a través de muchísimo, muchísimo tiempo y no tenemos esa cantidad de tiempo para realmente establecer un vínculo (...) (E. T.O. N° 19, 2019)

Sabemos que el tiempo de atención y la prolongación del tratamiento suele estar supeditado a distintos factores, como el número de sesiones autorizadas en las obras sociales, la capacidad con que cuenta el servicio para incorporar usuarios, los tiempos a los cuales responder para dar el alta, entre otros. Todos estos influyen en la formación del vínculo y en definitiva en su capacidad de colaborar en todo el proceso de intervención. Llevándonos entonces a reflexionar que es necesario, por una parte tener en cuenta los tiempos, y por otra planificar cómo llegaremos a propiciar el espacio para lograr el vínculo que deseamos tener con los usuarios, no ya como medio sino como fin, sabiendo que podremos o no lograr ciertos objetivos terapéuticos, pero teniendo la certeza, si estamos convencidos de ello, que podremos enriquecernos tanto los profesionales de T.O. como los usuarios, dado que nuestro fin último está centrado en la persona, en lo que la persona es, al margen de lo que pueda o no hacer en cuanto a objetivos terapéuticos. El vínculo terapéutico nos permite conocer las necesidades reales de los usuarios y realizar así, intervenciones que sean efectivas y duraderas en el tiempo.

Asimismo, siguiendo la reflexión sobre la formación del vínculo en el tiempo y la consolidación del mismo, nos remitimos a los porcentajes del total de profesionales de T.O., en el cual observamos que el 23 % se encuentra comprendido en los rangos de 25 a 31 años, 32 a 38 años. Este fenómeno resulta interesante a la hora de pensar en el desarrollo de las cualidades y la forja de las mismas en el caso de los terapeutas, teniendo en cuenta los años de experiencia, en comparación con la franja de T.O. de 60 a 66 años, ya que estos últimos, se podría pensar, han tenido mayor experiencia en la práctica, para el desarrollo de las habilidades y cualidades necesarias para la formación de un vínculo eficaz, además de flexibilidad y apertura, propio de personas sabias, como dice la real academia la sabiduría es el “Conjunto de conocimientos amplios y profundos que se adquieren mediante el estudio o la experiencia” permitiendo actuar con acierto ante los diferentes desafíos a los cuales se enfrenta el ejercicio de la profesión y la comunicación entre personas que se encuentran en una situación de sufrimiento o limitación de distinta índole.

Por otro lado, es un denominador común, la percepción de los terapeutas y los alumnos sobre la importancia de realizar prácticas para aprender a “manejar situaciones” así como “empatizar” con los usuarios, etc. más que la formación teórica en sí misma.

Nos resulta interesante para otra investigación, dar cuenta de la necesidad de formarnos en este aspecto para que nuestras intervenciones sean más eficaces, resulten en un enriquecimiento y una mayor calidad profesional, que se logre comenzar a forjar desde la universidad a través de la formación del concepto de vínculo terapéutico.

Por lo mencionado anteriormente, consideramos que la construcción de la identidad profesional y la adquisición de las cualidades antes mencionadas, depende en gran medida de las relaciones interpersonales tanto con usuarios así como con otros profesionales. Basta pensar en la utilización de la palabra, que es propia de la persona humana, y que no puede adquirirse más que con un aprendizaje en el que es indispensable la ayuda de otro y el intercambio con otros.

Asimismo, entendiéndolo a la persona como un ser biopsicosocial, inmerso en su medio ambiente, consideramos necesario remarcar la importancia que tenemos los profesionales que trabajamos en salud de mirar a la persona en todas sus dimensiones, tal como refiere Simó Algado (2016): *“no podemos separar a la persona de su medio ambiente ya que muchas veces determina directamente el desempeño y la participación ocupacional”* (p. 177). Es decir entender al sujeto, la realidad y su contexto conjuntamente, como menciona la E. T.O. N° 21 (2019):

Para mí, no ver una patología, no ver un objeto, una enfermedad enfrente, ver un sujeto. Y tratar de entender ese sujeto en el contexto en el que vive. Ya te digo, si viene con la ropa sucia, bueno, yo puedo decir "está descompensado", "no tiene conciencia de enfermedad de que tiene la ropa sucia", o tal vez decir bueno, "no tiene jabón", "¿dónde vive?", "no tiene agua".

Como mencionábamos anteriormente, el contexto influye en el desempeño ocupacional tal como lo describe la cita de arriba, a tal punto que debemos incluirlo siempre en nuestra mirada para evitar “etiquetar” realidades que podrían hablarnos de una complejidad mayor que escapa a una determinada patología/padecimiento, y así lograr detectar cuál es el motivo de aquel desequilibrio ocupacional o falta de participación en la ocupación y poner los medios necesarios para facilitar, adaptar y/o modificar las actividades que realmente son indispensables para la salud del usuario.

Por otra parte, así como hablamos del tipo de relación que se establece entre T.O. y usuario como factor determinante para el vínculo, vemos como un medio terapéutico a veces sugerido o propuesto por el T.O., la relación que se genera entre el sujeto y la actividad. Es así como T.O., usuario y actividad forman un conjunto con características propias, con un espacio común y espacios particulares de cada uno que se interrelacionan entre sí. (Paganizzi, 1991). Tal como menciona la E. T.O. N° 5

(2018): *“la actividad también es parte del vínculo... es un desafío también la actividad a través de este medio, qué es la actividad, construir, trabajar en eso como parte del vínculo es fundamental.”*

Por lo cual esta cita nos permite pensar y preguntarnos hasta qué punto la actividad se relaciona con las necesidades y los intereses reales del usuario, o será que responde a la aplicación de actividades prefijadas de acuerdo al campo de intervención y la patología. Hasta qué punto la elección de las actividades está relacionada realmente con los intereses y necesidades del usuario, o será quizá que las mismas terminan siendo determinadas por las teorías e instrumentos específicos o mismo por nuestras propias expectativas para con los usuarios.

Con respecto al usuario, existe escasa información sobre la perspectiva del mismo en relación al vínculo terapéutico, por lo cual nos pareció interesante indagar sobre ello. Teniendo en cuenta la realidad del mismo, el cual se encuentra en una situación de desventaja debido a su enfermedad/padecimiento que lo lleva a experimentar un sentimiento de vulnerabilidad frente al sufrimiento (tanto físico como psicosocial), posicionándolo en un determinado lugar frente a la vida, por lo cual resultó complejo identificar y abordar su perspectiva tanto por las limitaciones propias de las patologías o sufrimientos psíquicos, como así también por los factores contextuales de espacio y lugar que permitieran entrar en un ambiente de intimidad al momento de realizar las entrevistas.

Por otra parte, citando la E. Usuario N° 9 (2018):

yo tengo 42 años por lo tanto a lo largo de mi vida tuve muchos años de terapia ocupacional y creo que el vínculo terapéutico fue cambiando depende de la época de mi vida, no es lo mismo hacer terapia ocupacional cuando sos adolescente que estás en estado pleno de rebeldía y que no querés hacer nada, que cuando sos adulto y que en realidad, vos, te das cuenta que te está sirviendo las asistencias que te están dando o sea creo que el vínculo cambia completamente, o sea, yo recuerdo con mucho afecto a mi terapeuta ocupacional de la adolescencia pero la que me acompañó el último tiempo en la adultez, yo realmente, establecí un vínculo hasta de amistad, o sea éramos pares, es distinto. Creo que lo que cambia ahí es la perspectiva que tiene uno con su evolución por la edad...no...? por la etapa de la vida...

Nos remitimos al concepto de vínculo de Riviere citado por Taragano (1980), en el cual señala que la manera en que cada sujeto se relaciona e interactúa con un otro depende de la construcción de sus vínculos primarios. Consideramos entonces que no existiría un tipo de vínculo determinado sino que la construcción de estos depende de la historia de vida de cada usuario. *“Todo individuo vive en un mundo continuamente cambiante de experiencias, de las cuales él es el centro.”* (p. 410) (Rogers, 1977)

Esto nos lleva a pensar en situarnos en cada realidad de manera distinta, desafiando nuestras prácticas diarias, examinando nuestro pensamiento para no caer en “estructuras” que reduzcan la complejidad de la persona. La E. T.O. N° 15 (2019) plantea 4 ejes fundamentales para la formación del vínculo terapéutico:

- La lectura actualizada del campo y otras lecturas: sociología, antropología, filosofía y todo lo que tenga que ver con la lectura de terapia ocupacional;
- El análisis personal, la terapia lo que fuere;
- La cotidianidad con los pares;
- La supervisión con la persona que tenga más experiencia, un espacio para expresar lo que trabajamos. Tiene la ventaja que esa persona al estar ajena a ese vínculo, puede señalarnos determinadas cosas que sirven para seguir continuando y para mejorar el tratamiento con el paciente, e influir en su calidad de vida.

Nos pareció interesante citarla ya que es un modelo de pensamiento que se corresponde con lo que mencionamos anteriormente.

Partiendo de lo reflexionado arriba, hemos recorrido el camino que nos llevó a encontrar el punto de partida de aquello que desarrollamos en todo nuestro T.F.I. Es decir, la construcción del vínculo terapéutico comienza por una concepción clara de la complejidad de la persona, del sufrimiento subjetivo de la misma y el desarrollo de nuestras habilidades terapéuticas que nos permiten construir una buena relación con los demás. Citando a Paganizzi (1991):

El encuentro entre sujetos sólo es posible si se percibe al otro como un par, pero distinto de sí. “Trabajar el vínculo”, sentarse junto al paciente, compartir un espacio físico, es básico pero no alcanza. Vínculo es reconocer al otro, original, con su mundo particular de relaciones, sus dificultades y posibilidades, a descubrir o redescubrir, a construir, juntos. (p. 83)

Por otra parte, cabría preguntarse qué ocurre después del alta una vez alcanzado un vínculo terapéutico facilitador y enriquecedor. ¿Hay algo que perdure y que deje una huella en el usuario? Nos parece interesante lo mencionado en la E. T.O. N° 16 (2019):

(...) Siempre te sorprende y sobre todo, digamos a mí me ha pasado de atender o asistir a una persona en el '92 y que por Facebook me encuentre y me mande mensajes para avisarme de que está bien...y marcarme que por ahí es muy loco para uno porque del '92 hasta ahora pasaron un par de años, y de repente me dice frases que son las típicas frases mías...viste...? esos latiguillos que uno tiene...?, y vos decís guau...yo lo digo como una bobada y para el otro tiene un peso...muy importante, que uno hay veces que no toma dimensión de esto (...)

Para finalizar, diremos que nuestra profesión tiene como esencia la persona, que permanece ante distintas realidades que pueden modificarse, como son la ocupación y el contexto en el cual se desempeña. Estas realidades que envuelven a la persona nos interpelan constantemente a repensar nuestras estrategias de intervención, para no caer en un reduccionismo que haga perder la esencia misma de la profesión, es decir, su mirada holística. Tal como menciona Guajardo Córdoba (2016): *“Hay que poner en el centro al sujeto como identidad, reconocerlo bajo esa condición y no como competencia y destreza para funcionar. Promover la diferencia y no las destrezas y capacidades.”* (p. 58)

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, M. (2011/2012). *La relación terapéutica en terapia ocupacional: la importancia del bagaje personal en el profesional durante el proceso de intervención*. Trabajo de fin de grado. Tutor: Sánchez, I. Universidad de Zaragoza. Escuela de Ciencias de la Salud. Recuperado el 31 de marzo de 2018 desde <http://zaguan.unizar.es/record/7923?ln=es#>

American Occupational Therapy Association (2008) Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da edición. Traducido de AOTA: “Occupational therapy practice framework: Domain and process” (2nd Ed.). American Journal Occupational Therapy 2008: 62: 625 – 683. Traducción y adaptación al español: Abril Septiembre 2010. Coordinadores. Rosa mercado Padin y Alicia Ramires Pico. Puerto Rico. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>

American Occupational Therapy Association (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso. 3er edición*. Traducido de AOTA: “Occupational therapy practice framework: Domain and process” (3rd ed.). Traducción no oficial para uso interno con fines docentes. (2015) Traductores: Martínez, S. L., Muñoz, H. F., Suazo, G. C. Santiago de Chile. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/334395122/Aota-2014-Traducida-u-Mayor>

Arango Cammaert, A.; Moreno Franco, M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (2), pp. 135-145.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815640013>

Ayres Rosa, S. (2011). Colaboración centrada en el cliente. En *Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. Willard & Spackman 11º Edición* (pp. 286-289). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Barragán, H. L. (2007). *Fundamentos de la salud pública*. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo__pdf?sequence=4

Bernal, H. (2010). *Sobre la Teoría del Vínculo de Enrique Pichon Riviere. Una sistematización del texto Teoría del Vínculo de Pichón*. Material presentado en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Universidad Católica Luis Amigó. Medellín. Colombia.

Bottinelli, M. M. y colaboradores (2003). *Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo*. Edición del autor.

Bonazzola, P. F. (2010). *Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio*. Material presentado en la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Dirección de Capacitación. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Bressan, V. Nicodemo, A. (2017). *Intervenciones de Terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. T.F.I. Supervisores: Spallato, N.; Nabergoi, M. Universidad Nacional de San Martín. Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento. Recuperado el jueves 5 de abril de 2018 desde: <http://kohan.unsam.edu.ar/>

Castellanos Ortega, M. C. (2016). *La Relación Terapéutica y su Enseñanza en Terapia Ocupacional: análisis de la situación en España*. Programa de Doctorado: Investigación transdisciplinar en educación. Dirigida por: Egido, L; Picos, A. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. Recuperado el 26 de marzo desde: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/22102>

Castro, D. et al. (2010). El modelo río (kawa): cuatro estudios de caso aplicados en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 10. pp. 21-34.

Costa, B. A. y Carballido, N. H. (2016). *Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional*. Ficha de cátedra de la materia Sesiones de Educaterapia, Grado en Terapia Ocupacional. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

De Barbieri A. (2005). Lo que cura es el vínculo. Miscelánea Comillas. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 63 (123). pp. 497-509. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1421138>

De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud*. Material presentado en la Cátedra de Prácticas Clínicas I (2013), carrera Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín [UNSaM], Buenos Aires, Argentina.

De Leonardis, O., Mauri, D. y Rotelli, F. (1995). *La Empresa Social*, Buenos Aires, Argentina, Ediciones Nueva Visión.

Dias Barros, D., Garcez Ghirardi, M. I., Lopes, R. E. (2006). *Terapia Ocupacional Social. Una perspectiva sociohistórica*. En Kronenberg, F., Algado, S., Pollard, N. (Comps.). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp. 141-153). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Dickerson, G. (2011). *Mientras me concentraba en mi recuperación me olvidé de vivir*. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. *Willard & Spackman 11ª Edición* (pp. 126-132). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Durante P., Noya B., Hernández M. (2001) *Marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial*. En Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª ed. (pp. 89-98). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Durante P., Polonio B., Noya B. (2001). *Modelos Propios de Terapia Ocupacional*. En Polonio B., Durante, P.; Noya B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª ed. (pp. 99-102, 104-115). Madrid: Editorial Panamericana.

- Franco, T. B., Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7 (1) pp. 9-20.
- Fransen, H. (2006). Los desafíos de la terapia ocupacional en la rehabilitación basada en la comunidad. Ocupación centrada en la comunidad de los discapacitados de países en desarrollo. En Kronenberg, F., Algado, S., Pollard, N. (Comps.). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp. 168-183). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Galheigo, S. (2006). Terapia ocupacional en el ámbito social. Aclarando conceptos e ideas. En Kronenberg, F., Algado, S., Pollard, N. (Comps.). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp. 85-96). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Galheigo S, Simó S. (2012). Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *TOG (A Coruña)*, 9 (15) pp. 1-41.
- Gálvez, M., Godoy 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* (10), pp. 71-83. DOI: 10.5354/0719-5346.2010.10562.

- Guajardo, A., Galheigo, S. (2015). Reflexiones críticas acerca de los derechos humanos: Contribuciones desde terapia ocupacional latinoamericana. *Revista World Federation of Occupational Therapist Bulletin*, 71 (2), pp. 75.
- Guajardo, A., Simó, S. (2010). Una Terapia Ocupacional basada en Derechos Humanos. *TOG (A Coruña)*, 7 (12) pp. 1-25.
- Jaroslavsky, E. (2006). *El Modelo vincular franco argentino contemporáneo*. Recuperado de <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=160&idd=1>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006) *Metodología de la investigación*. (4ta. Ed.) Iztapalapa, México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana Editores.
- Kielhofner, G.; Burke, J. *La Terapia Ocupacional después de 60 años: un relato de identidad y conocimiento en cambio*. *American Journal of Occupational Therapy*. N° 31. Material presentado en la Cátedra de Terapia Ocupacional I, carrera Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín [UNSaM], Buenos Aires, Argentina.
- Lemus Alcántara, S., Hamui Sutton, A., Ixtla Pérez, M., Maya, A. P. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *REVISTA CONAMED*. 22 (2), pp. 98-103.

Ley N° 153. *Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina.

25 de Febrero de 1999.

Ley Nacional N° 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e*

Instituciones de la Salud. Información Legislativa y Documental. Buenos Aires,

Argentina. 19 de Noviembre de 2009.

Ley Nacional N° 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina. 2 de

Diciembre de 2010.

López, B. (2001) Destrezas y habilidades profesionales del terapeuta ocupacional. En

Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1° Edición (pp. 133-151). Madrid. Editorial Panamericana.

Mainar Bellido, J., Berrueta Maeztu, L. (2011). La relación terapéutica en terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)* 8 (13), pp. 1-11. Recuperado

de: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>

Marradi A., Archenti N., Piovani J. (2007) *Metodología de las Ciencias Sociales* 1°

Edición, Buenos Aires: Emecé Editores.

Merhy, E. E., Feuerwerker, R., Cecim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*,

2 (2), pp. 147-160.

Medeiros, M. H. da Rocha. (1990). La Producción y Transmisión de Conocimiento en Terapia Ocupacional, *Cuadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, año 1, Vol. 1, N° 1*. Traducción María Rita Martínez Antón. Ficha de cátedra de la materia Teoría y Técnica de la Terapia Ocupacional I, Carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires [UBA].

Molinas de Rondina, J. (2007). Significados en el encuentro terapéutico. *TOG (A Coruña)*, 1 (5), pp. 1-9.

Montecinos, F.; Barrera, Y.; Añazco Barahona, C.; Ben-Hour, V.; Ovando, P. (2012). *Comprensión del concepto de vínculo terapéutico desde la perspectiva disciplinar de Terapia Ocupacional*. Seminario de Título presentado para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Ocupación. Docente Responsable: Ordoñez, A; Yañez, R. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Terapia Ocupacional. Recuperado el 4 de abril a través del mail de un integrante del equipo: yenniferbanda.b@gmail.com

Moruno, P., Fernández, P. (2012). Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. *Revista TOG (A Coruña)*, 9 (5) pp. 44-68.

Moruno, P.; Talavera, M.; Cantero, P. (2009). Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. *Revista World Federation of Occupational Therapist Bulletin*, 59, pp. 1-7.

Morrison, R., Olivares, D., Vidal, D. (2011). La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11 (2), pp. 102-119.

Necchi, S. (2002). *Salud Pública*. Carpeta de Trabajo. 1ª ed. Ed. Bernal. Universidad Virtual. Universidad Nacional de Quilmes [UNQUI].

Noya, B. (2001). Utilización terapéutica del yo. La relación terapéutica como base y refuerzo de la intervención. En Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª ed. (pp. 255-266). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud*, 1, pp. 1-46.

Padua, J. (1994). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. FCE, Chile.

Paganizzi, L y otros. (1991). *Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho*. (pp. 57-63). Editorial Psicoterapias Integradas Editores. Segunda parte: Docencia.

- Peloquin, S. (2005). Relación Terapéutica: manifestaciones y desafíos en la terapia ocupacional. En *Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. Willard & Spackman 10ª Edición*. (pp. 157-169). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Peloquin, S. (2006). El arte de la terapia ocupacional. El espíritu llevado a la práctica. En Kronenberg, F., Algado, S., Pollard, N. (Comps.). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp. 98-109). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Pellegrini Spangenberg (2013). El proceso de Terapia Ocupacional. En Sánchez, O., Polonio, B., Pellegrini Spangenberg, M. *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. (pp.135-139). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Polonio, B. (2001). Marcos de Referencia aplicados en la disfunción física. En Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª ed. (pp. 73-88). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Price, P. (2011). La relación terapéutica. En *Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. Willard & Spackman 11ª Edición* (pp. 328-341). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Ritterstein, P. (2008). *Aprendizaje y vínculo. Una mirada sobre el aprendizaje: Enrique Pichon Riviere y Paulo Freire*. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferrar>

- Rogers, C. R. (1977). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (2000). Segunda parte: ¿Cómo puedo servir de ayuda? En Rogers, C. R. *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. 17° Ed. (pp. 36-71). Barcelona – Buenos Aires – México: Paidós.
- Rondina, M. C. (2011). *Narrativa y Terapia Ocupacional: una perspectiva constructivista*. Recuperado de: http://terapia-ocupacional.com/articulos/Narrativa_terapia_ocupacional_constructivismo_Rondina_marzo11.pdf
- Rubio, J.; Varas, J. (1999). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ed. CCS.
- Sabino, C. (1996). *El proceso de investigación*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- Samaja, J. A. (2002). Parte IV. El análisis del proceso de investigación. En *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. (3era ed.). Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Simó Algado, S., Guajardo Córdoba, A., Corrêa Oliver, F., Galheigo, S. M., García-Ruiz, S. (2016). *Terapias Ocupacionales desde el Sur*. Chile: Editorial Universidad de Santiago de Chile (USACH).

Souza Minayo, M. C. de (coord.), Ferreira Deslandes, S., Gomes, R. (2012). *Investigación social: teoría, método y creatividad*. (2da Ed.) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Talavera Valverde M., Bartolomé Domínguez, M. (2012) Relación terapéutica en terapia ocupacional. En Moruno Miralles P.; Talavera Valverde M. *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. (pp. 333-349). Primera Edición, Madrid, España: Elsevier Masson.

Taragano, F. (1980). Enrique Pichon Riviere. Teoría del Vínculo. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.

Taylor R. (2011). Uso del “Self” en Terapia Ocupacional: Creando relaciones Intencionales. *TOG (A Coruña)* 8 (13), pp. 1-29.

Testa, M. (1993). El hospital visto desde la cama del paciente. *Revista Salud, Problema y Debate*. Año V N° 9. Bs. As. Recuperado de: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/El_Hospital_Mario_Testa.html

Urbanowski, U. (2006). Traspasar las fronteras del trabajo mediante la transformación de la perspectiva. En Kronenberg, F., Algado, S., Pollard, N. (Comps.). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp. 304-315). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Villar, S. (2005). Bleger, J. *Psicología de la Conducta*. Material presentado en la Cátedra de Psicología General, carrera Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín [UNSaM], Buenos Aires, Argentina.

Ynoub, R. (2007). *El Proyecto y la metodología de la investigación*. Ed. Cengage Learning, Buenos Aires.

5. ANEXOS

5.1 Consentimientos Informados

Consentimiento Informado para profesionales de T.O.:

Buenos Aires, _____ de 201_.

Información para los participantes de la investigación:

Nuestro trabajo final integrador de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín de las alumnas: Bardessono Giselle, Lungarzo Florencia y Mondelo Carla, consta de un trabajo de campo, mediante el cual llevaremos a cabo una entrevista semi estructurada con preguntas cerradas y abiertas, a los terapeutas ocupacionales y usuarios de los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019, que asisten a los servicios de T.O. En la entrevista abordaremos las distintas perspectivas acerca del vínculo terapéutico entre el profesional de T.O. y el usuario.

En el momento de dicha entrevista, estarán presentes el entrevistador y el/la terapeuta ocupacional a entrevistar. Vale mencionar que si decide participar en la entrevista la misma será grabada para recolectar los datos necesarios que permitan un posterior análisis.

Toda la información que se obtenga será confidencial de acuerdo a lo que establece en la Ley N° 25.326 de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data). Es decir, se preservará la identidad de los participantes. 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 y con el fin de recolectar la información pertinente para la investigación de campo.

Los datos obtenidos serán útiles para la promoción de la salud y la autonomía de los usuarios a través del empoderamiento y autorreflexión de los mismos, considerándolos como sujetos de derecho, así como permitirá a los terapeutas ocupacionales tomar conciencia acerca de la relevancia del vínculo terapéutico en la formación y práctica de la profesión.

La participación en la entrevista es voluntaria, y no ocasionará costo alguno para el/la participante.

A continuación detallamos nuestros teléfonos y e-mails de contacto:

Bardessono Giselle, celular: 11 3046-9302 mail: gibardessono@gmail.com; Lungarzo Florencia, celular: 11 6849-4240 mail: flungarzo@gmail.com y Mondelo Carla, celular: 11 6026-6803 mail: carlamondelo1@gmail.com.

Consentimiento Informado para Usuarios:

Buenos Aires, _____ de 201_

Información para los participantes de la investigación:

Nuestro trabajo final integrador de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín de las alumnas: Bardessono Giselle, Lungarzo Florencia y Mondelo Carla, consta de un trabajo de campo, mediante el cual llevaremos a cabo una entrevista semi estructurada con preguntas abiertas, a los terapeutas ocupacionales y usuarios de los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019, que asisten a los servicios de T.O. En la entrevista abordaremos las distintas perspectivas acerca del vínculo terapéutico entre el profesional de T.O. y el usuario.

En el momento de dicha entrevista, estarán presentes el entrevistador y el usuario a entrevistar. Vale mencionar que si decide participar en la entrevista la misma será grabada para recolectar los datos necesarios que permitan un posterior análisis.

Toda la información que se obtenga será confidencial de acuerdo a lo que establece en la Ley N° 25.326 de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data). Es decir, se preservará la identidad de los participantes. 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 y con el fin de recolectar la información pertinente para la investigación de campo.

Los datos obtenidos serán útiles para la promoción de la salud y la autonomía de los usuarios a través del empoderamiento y autorreflexión de los mismos, considerándolos como sujetos de derecho, así como permitirá a los terapeutas ocupacionales tomar conciencia acerca de la relevancia del vínculo terapéutico en la formación y práctica de la profesión.

La participación en la entrevista, es voluntaria, y no ocasionará costo alguno para el/la participante.

A continuación detallamos nuestros teléfonos y e-mails de contacto:

Bardessono Giselle, celular: 11 3046-9302 mail: gibardessono@gmail.com; Lungarzo Florencia, celular: 11 6849-4240 mail: flungarzo@gmail.com; Mondelo Carla, celular: 11 6026-6803 mail: carlamondelo1@gmail.com.

Manifestación del consentimiento para la realización de la entrevista:

Buenos Aires, _____ de 201_

Declaro haber comprendido en qué consiste la entrevista habiendo tenido la oportunidad de formular toda clase de preguntas en relación a los procedimientos descriptos del proyecto: “El vínculo terapéutico desde la perspectiva de los profesionales de T.O. y los usuarios, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.”

Acepto mi participación en dicha investigación de campo.

Firma del participante:

Aclaración:

DNI:

Edad:

5.2 Instrumentos de recolección de datos

Entrevista para profesionales de T.O.

Nombre y Apellido:

1- ¿Qué edad tenes?

2- ¿Cuál es tu género?

Femenino / masculino

3- ¿Cuántos años llevas ejerciendo la profesión?

4- ¿En qué campo de intervención te desempeñas actualmente?

Físico: SI / NO

Mental: SI / NO

Comunitario: SI / NO

5- ¿Qué es para vos el vínculo terapéutico?

6- ¿Qué tiene que tener un profesional para establecer un buen vínculo?

7- ¿Qué es un mal vínculo para vos? ¿Qué es un buen vínculo?

8- ¿Qué sentido tiene el Vínculo terapéutico en el proceso de intervención de T.O.?
¿Percibís que te aportaron algo significativo y relevante las personas a las cuales brindaste tu servicio como profesional de T.O.? ¿Por ejemplo?

Entrevista para usuarios:

Nombre:

1- ¿Qué edad tenes?

2 - ¿Cuál es tu género?

Femenino / masculino

3- ¿Cómo se llama la institución a la cual asistís? ¿Te atendés por sistema público o privado (obra social-prepaga)?

Público

Privado: Pre-paga - Obra Social

4- ¿Cómo considerás que es el vínculo terapéutico con tu terapeuta ocupacional?

5- ¿Qué cosas te ayudaron a establecer un buen vínculo con tu terapeuta ocupacional?

6- ¿Consideras alguna característica de los profesionales de T.O. que haya ayudado a la construcción de un buen vínculo con vos? ¿Y alguna característica tuya que creas que haya aportado para construir un buen vínculo?

5.3 Tabla de Respuestas de los profesionales de T.O. – Variables suficientes

Respuestas de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el campo físico, mental y comunitario, en los años 2018-2019. N= 22.

UA	EDAD	GÉNERO AUTOPERCIBIDO	AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	CAMPO DE INTERVENCION
1	57	F	35	F
2	54	F	30	F
3	27	F	1,5	F – M
4	42	F	14	F
5	47	F	22	F
6	53	F	32	F
7	48	F	25	M
8	41	F	15	M – C
9	25	F	5	F – M
10	32	F	4	F
11	29	M	3,5	F
12	36	F	5	F
13	29	F	4	F
14	33	F	1	F
15	60	F	35	M – C
16	57	F	30	M – C
17	55	F	32	M
18	40	F	15	M
19	42	F	20	M
20	38	F	15	M
21	37	F	15	M – C
22	30	F	3	F

5.4 Tablas de Frecuencia

5.4.1 Tabla de Frecuencias de la variable Edad

Tabla de Frecuencias de la variable Edad de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N= 22.

EDAD	FA	FR	F%	Fac%
25-31	5	0,23	23	23
32-38	5	0,23	23	46
39-45	4	0,18	18	64
46-52	2	0,09	9	73
53-59	5	0,23	23	96
60-66	1	0,04	4	100
TOTAL	22	1	100	

Fuente: Base de datos de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

5.4.2 Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido

Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N= 22

GÉNERO AUTOPERCIBIDO	FA	FR	F%
F	21	0,95	95
M	1	0,05	5
TOTAL	22	1	100

Fuente: Base de datos de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

5.4.3 Tabla de Frecuencias de la variable Años de experiencia laboral

Tabla de Frecuencias de la variable Años de experiencia laboral de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019. N= 22.

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL	FA	FR	F%	Fac%
1-8	8	0,36	36	36
9-16	5	0,23	23	59
17-24	2	0,09	9	68
25-32	5	0,23	23	91
33-40	2	0,09	9	100
TOTAL	22	1	100	

Fuente: Base de datos de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

5.4.4 Tabla de Frecuencias de la variable Campo de intervención

Tabla de Frecuencias de la variable Campo de intervención de cada uno de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.

CAMPO DE INTERVENCIÓN	FA	FR	F%
F	11	0,5	50
F-M	2	0,09	9
M	5	0,23	23
M-C	4	0,18	18
TOTAL	22	1	100

Fuente: Base de datos de los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el campo físico, mental y comunitario en los años 2018-2019.

5.5 Cuadro de Respuestas de los profesionales de T.O. – Ejes de análisis

U.A.	Percepción del Vínculo Terapéutico	Ideas
1	El lazo de confianza y respeto mutuo que se genera entre terapeuta y el individuo que consulta (niño o adulto) y/ o su familia o cuidador en caso de ser este menor.	Lazo de confianza y respeto mutuo
2	Es uno de los pilares fundamentales para tener los mejores resultados en rehabilitación, si no estableces el vínculo es difícil, porque uno tiene que seducir al paciente, es decir, el paciente tiene que venir acá feliz y contento, de estar con vos, o con quién sea. Entonces, vos tenés a un paciente que está atravesando una situación difícil y no está bueno venir al hospital y encima vos no le generás un espacio de confort y que se sienta bien, o sea no arranca, no se motiva. Es un paciente que falta, es un paciente desinteresado, desmotivado, entonces uno tiene que buscar la vuelta, buscar herramientas como para captar esa atención, seducirlo con lo que sea y que el paciente empiece a capitalizar toda la rehabilitación.	Pilar fundamental para generar espacio de confort y motivar al paciente.
3	Es una pata más de trabajo, una herramienta más de trabajo con el paciente y su familia, a partir de la cual uno también puede intervenir.	Herramienta de trabajo
4	El V.T. para mí es, cómo me relaciono con los pacientes y cómo los pacientes se relacionan conmigo.	Relación usuario-T.O.
5	Es la clave para el tratamiento, es lo primero que tenés que lograr con el paciente para poder hacer el tratamiento y es algo que también lo tenés que ir sosteniendo y acompañando a lo largo del proceso, es valorarse uno y valorar al paciente, a cada uno, en ese proceso.	Se construye, es importante y es la base para hacer el tratamiento y a la vez se va construyendo en cada sesión.

	<p>No, algo direccional, T.O. hacia el paciente y el paciente hace lo que yo digo, sino desde una cuestión de permanentemente intercambio, es un trabajo así de estar, un ida y vuelta. Y más cuando hay pacientes que por ahí, por la discapacidad física, sumada a que tienen otros impedimentos como el lenguaje, la comprensión, uno tiene que estar como más atento, a qué le está pasando al otro. Porque una cosa es, un paciente que te habla y te dice: “no me gusta esto, Gri” o “quisiera ir por este lado” o “quisiera hacer esto otro” que está buenísimo. Pero hay pacientes que no te lo pueden expresar, y es un desafío tener esa apertura para ver: cuál es la expectativa del otro y de qué manera me la transmite, porque no sólo verbalmente te transmiten.</p> <p>Bueno es eso, es algo que se construye, que es importante y que es la base, para hacer el tratamiento y a la vez que se va construyendo en cada sesión.</p>	
6	<p>Es la relación de ida y vuelta que se genera entre el paciente y su familia y el TO, es parte del tratamiento para mí, generador de bienestar o de resistencia, un canal para que circule la terapia.</p>	<p>Relación de ida y vuelta, es parte del tratamiento Generador de bienestar o resistencia.</p>
7	<p>El vínculo terapéutico es parte del proceso terapéutico, requiere, en salud mental, saber escuchar y comunicarse con la otra persona, y el propósito es diferente al que se desarrolla con otras personas o relaciones, ya que el vínculo paciente-terapeuta no es igualitario, el profesional se encuentra en el lugar del “supuesto saber” y es de quien se espera sea capaz de ayudarlo a resolver sus dificultades.</p> <p>Pero el terapeuta ocupacional es quien debe planificar la ayuda sin expectativa de recibir nada a cambio.</p>	<p>El VT es parte del proceso El T.O. en el lugar de “supuesto saber”</p>

8	Es la relación entre terapeuta y usuario, componente del proceso terapéutico.	Es un componente del proceso terapéutico
9	Para mí, el vínculo terapéutico es lo primordial para que se puedan lograr los objetivos que uno se plantea, es lo primero que tiene que estar, lo primero que uno se plantea cuando va a abordar a esa persona.	Lo primordial en el abordaje
10	La relación entre el profesional y el paciente.	relación U y T.O.
11	Un modelo de relación estratégico entre T.O. y paciente, generado para perseguir y establecer objetivos y tratamiento.	Modelo estratégico para establecer objetivos y tratamiento
12	Es el enlace entre el profesional y el paciente.	Enlace entre U y T.O.
13	La relación entre el terapeuta y el paciente	Relación
14	<p>Lo básico, en adultos la relación con el paciente. Se busca llegar a esa relación en la que te puede pedir algo que te cueste y vos le podés decir/exigir y el paciente puede tener la confianza y decirme que es demasiado, traer a la sesión aquello que realmente le está preocupando y que no es simplemente una dificultad sencilla sino algo que es más íntimo y que de por sí le cuesta. (relata la historia de un paciente que no quería ir a kine porque no se sentía a gusto con kine, y en cambio sí estaba a gusto en TO porque se sentía escuchado)</p> <p>En niños, a veces no sabés cómo pero más bien es saber que el otro está con vos y sabe que vos estas para acompañarlo en ese desafío, a veces les cuesta y les genera frustración; poder tener esa relación que a pesar de todo influye en el tratamiento, y posibilita adquirir tolerancia para continuar en el mismo. El vínculo permite empezar y acabar la actividad. En el caso del niño, si no hay buen feeling, sabes que no vuelve más.</p>	<p>Lo básico</p> <p>El vínculo posibilita ese espacio para poder abrirse y compartir metas/objetivos</p>

	El vínculo posibilita ese espacio para poder abrirse y compartir metas/objetivos.	
15	<p>Le decimos V.T. o le decimos transferencia. El V.T. es aquello que se genera con el sujeto que viene a buscar nuestra ayuda y nuestro saber, con el que en ese momento está vulnerable, sufriente, padeciente y en ese momento, digamos, el primer acercamiento que uno tiene con este sujeto, así se comienza a construir un V.T. que tiene que ver con que uno sabe de la teoría, que para eso es muy importante saber en el caso que soy de salud mental, tengo que saber el funcionamiento del aparato psíquico, de la parte de psicopatología, de la parte cómo funciona el cerebro, todos los conocimientos más actualizados posibles y el padeciente es el que sabe de su sufrimiento, no hay que olvidarse del contexto, no hay que olvidarse de la situación familiar, no hay que olvidarse de la historia de la cotidianeidad del paciente y de su historia laboral. Uno genera un vínculo que tiene que ver con la empatía, el terapeuta siempre en la posición de ese vínculo se tiene que poner, en una posición de ignorancia, es decir, una posición de “yo no sé qué es lo que a vos te pasa y necesito que vos confíes en mí y me cuentes”. Uno comienza con lo que el paciente identifica como problema, muchas veces acá, vienen pacientes que son, acá y en otro lugar, digamos yo trabajo acá pero tengo trabajo en consultorio también, o digamos hice acompañamientos terapéuticos, voy a domicilio, la persona que lo deriva, lo deriva con una idea y el paciente a lo mejor la problemática del paciente es otra. Yo comienzo a trabajar, con lo que el paciente identifica como problema para poder empezar a crear ese vínculo y aparte porque digamos el paciente, la persona está ocasionando una dificultad en su</p>	<p>transferencia el sujeto que viene a buscar nuestra ayuda y nuestro saber vínculo que tiene que ver con la empatía, el terapeuta siempre en la posición de ese vínculo se tiene que poner, en una posición de ignorancia</p>

	<p>cotidianeidad y en su padecimiento digamos. Con eso comienzo a trabajar.</p> <p>Hay que tener una gran dosis de empatía, de ponerse en el lugar del otro, hay que tratar de no emitir juicios de valor, y de no juzgar, y hay que tratar de no tener prejuicios. Para eso, para mí, es muy importante tener, haber hecho o un análisis o una terapia o una autorreflexión, como ustedes le quieran llamar, pero para saber qué cosas más pueden estar interfiriendo a lo mejor o va a interferir en ese vínculo terapéutico. Cuando hay algo que es insoslayable o uno, digamos no lo puede trabajar, o digamos que no hay feeling con el paciente que se yo, lo mejor es derivarlo, pero muchas veces, como uno es un sujeto humano y el otro es un sujeto humano, da la casualidad que la historia se parece a tu prima, a tu tía, a tu madre bla bla bla... entonces se arma, se empasta si uno no lo tiene más o menos claro, y la idea es hacer un vínculo terapéutico y es una ayuda terapéutica y vos podés estar no de acuerdo con las creencias del paciente, con la visión política del paciente, con la visión social del paciente y vos digamos, tenés que trabajar con eso también, eso es importante trabajarlo, por eso a mí me parece que... y no sé si tiene que ver con otras preguntas también pero yo recuerdo que en Chile, cuando fui al encuentro del Sur, ahora en diciembre, las Terapias Ocupacionales desde el Sur, una chica recién recibida preguntaba cómo había hecho, cómo habíamos hecho nosotros los que trabajábamos hace más tiempo para que no se nos quemara la cabeza, y...yo creo que hay 4 ejes fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -la lectura actualizada de tu campo y otras lecturas: sociología, antropología, filosofía y todo lo que tenga que ver con la lectura de terapia ocupacional; -el análisis personal, la terapia lo que fuere; 	
--	--	--

	<p>-la cotidianeidad con los pares que son los que digamos, no todo el mundo tiene esa posibilidad pero por ejemplo acá en este servicio tenemos continuamente la posibilidad de que alguien, de comentar lo que te está pasando y que alguien te pueda marcar o señalar;</p> <p>-y después la supervisión, supervisión con la persona que tenga más experiencia que vos o no pero se supone que tiene más experiencia y dónde vos vas y llevás lo que estás trabajando y esa persona como está ajena a ese vínculo que vos, vas construyendo, te puede señalar determinadas cosas que a vos te sirven para seguir continuando y para mejorar el tratamiento con el paciente que es, digamos, el fin último... no? Mejorar su calidad de vida, digamos, no es una cosa de... un furor curandis, pero es un mejoramiento de la calidad de vida.</p>	
16	<p>Para mí, digamos desde la práctica es el punto más importante porque si estableces un V.T. con una persona, con un usuario, con un paciente, como le quieras llamar y establecés un buen vínculo, eso te va a permitir trabajar, y las intervenciones van hacer mucho más eficaces digamos, porque tiene que ver con la confianza que la otra persona te deposita en vos, y que vos también confías en él. Es un ida y vuelta que se va construyendo con el tiempo, pero es sumamente importante, para mí es uno de los pilares que tiene que ver en el tratamiento. Más allá que uno después tiene que plantear objetivos, pero los objetivos hay veces que uno le erra, se equivoca y los puede volver a plantear o pensar de otra forma pero si el vínculo está bien armadito, digamos, y uno logra conectarse bien con el otro, te va a permitir poder tener errores y que el otro lo entienda,</p>	<p>Es lo más importante intervenciones más eficaces</p> <p>Es un ida y vuelta</p> <p>tiene que ver con la confianza que la otra persona te deposita en vos, y que vos también confías en él</p> <p>Hacer un proceso entre las dos personas</p>

	ir y venir y hacer un proceso entre las dos personas.	
17	Y es la relación que tenés con la persona con la que trabajás y para mí es una de las cosas más importantes que hay en el tratamiento.	relación que tenés con la persona Una de las cosas más importantes que hay en el tratamiento.
18	Es la relación que podés establecer con los pacientes o las personas con las que trabajás para poder abarcar el tratamiento.	relación que podés establecer con los pacientes
19	La relación que hay con el paciente, digamos... entre el profesional y el paciente. Yo pongo en discusión la palabra “vínculo” pero bueno, por una cuestión de que para mí un vínculo se genera a través de muchísimo, muchísimo tiempo y no tenemos esa cantidad de tiempo para realmente establecer un vínculo. Pero pasa que bueno, comúnmente se denomina “vínculo”, pero bueno allá vamos, y lo llamamos “vínculo” pero yo... cuestiono esa palabra, en cuanto a la relación que se establece entre el profesional y el usuario, el paciente, sí, pero bueno es eso, tiene que ver con la relación que existe entre el paciente y el terapeuta.	La relación que existe entre el paciente y el terapeuta. Cuestionamiento de la palabra VINCULO
20	Es la relación que uno establece con la persona atendida, a quien va a atender, en el caso de yo profesional, si yo soy paciente, con mi médico, con mi psicóloga.	la relación que se establece
21	Para mí, como yo trabajo, es darle todo el tiempo el lugar al otro, a que decida, a que opine, a que tome decisiones, bueno a que se haga cargo de lo que decide y yo voy acompañando eso; y respetando todo el	Darle todo el tiempo el lugar al otro, a que decida, a que opine, a que tome decisiones, bueno a que se haga cargo de lo que decide y yo voy acompañando

	<p>tiempo el no del otro, el que me confronte. Porque estaba acostumbrada... yo estuve del 2010 al 2014 tuve la oportunidad de salir del hospital y estar trabajando en un dispositivo intermedio, que es una residencia protegida. Y yo me fui con toda la estructura de "para mí esto no es un hospital, es un manicomio" y, yo me fui con una estructura profesional de un manicomio, en donde uno está con la chaqueta que te protege y todo el tiempo ves una enfermedad, porque a vos te forman de esa manera; en estudiar patologías. Y estando en la residencia, donde nos dijeron primero: "acá chaquetas no se usa, porque esto es de igual a igual". Ya eso es como... te sentís débil ante el otro, porque te da una coraza la chaqueta... eso es según mi mirada. Y empecé a encontrarme con un sujeto, no una patología, un sujeto que me confrontaba y me decía "no, mirá, yo no estoy de acuerdo con esto. Yo pienso de otra manera...". Y se me derrumbó toda la estantería de terapeuta de manicomio, donde todo el tiempo pensás en la rehabilitación, o sea, utilizás la actividad como rehabilitación. Mirás todo el tiempo el componente que está en déficit y la discapacidad y, en realidad, empecé a utilizar a la actividad, a la ocupación, como empoderamiento y como derecho. Yo cuando busco una actividad, - yo ahora estoy en consultorios externos trabajando, porque por cuestiones políticas tuve que volver al hospital y no me hallo, sinceramente; y me mandaron a consultorios externos, que son usuarias que están externadas, entonces cuando busco una actividad- no pienso en volverla acá, trato de buscar, no dentro de los dispositivos de red de salud mental, sino en comunidad, un centro cultural en vez de no sé, hospital de día. Igual uno evalúa lo que la persona va necesitando pero no es que</p>	<p>eso. Respetando todo el tiempo el no del otro.</p>
--	--	---

	<p>solamente me focalizo en dispositivos de salud mental, no, afuera uno más, sujeto.</p> <p>Con respecto al vínculo, yo veo al sujeto que si me dice "no, no quiero hacer esto", bueno listo, voy como respetando su no y su decisión. Igualmente, yo hago muchas visitas domiciliarias, y también soy muy cautelosa porque te estás metiendo en el espacio del otro. Entonces algunas usuarias lo viven como que uno va a controlar, que se pone "la gorra" y va a ver cómo viven. Entonces yo no voy a juzgar cómo vive esa persona; sí les explico que uno busca que vivan dignamente, pero no es que voy a decir "vivís mal por esto, por esto y por esto". No mirá, mínimamente, limpio, ordenado pero después no es que voy a juzgar el cómo viven. Pero bueno, es a veces son varias sesiones donde el otro me dice "no, no estoy de acuerdo, no quiero" y bueno voy respetando eso. Algunos me dicen que no y no voy y otros lo puedo ir trabajando. Pero siempre respetando que yo me estoy metiendo en el espacio del otro. No tengo autoridad, porque soy profesional del hospital, a decir bueno voy y punto.</p> <p>Lo mismo cuando trabajo toda la cuestión de higiene, yo lo pienso tal vez que a mí no me gustaría que me hagan preguntas muy directas sobre mi higiene personal, sobre mi ropa, si la tengo sucia o no. Es como muy, me parece a mí, muy invasivo y muy fuerte decirle "tenés la ropa sucia, ¿qué te pasó?", "tenés olor a pis". A mí no me gusta. Si bien lo puedo sentir, lo voy trabajando pero muy de a poco, porque es la intimidación del otro, más allá que yo piense que la ropa está sucia. Hay que ver por qué está sucia, porque por ahí no tiene agua en el lugar donde vive, no</p>	
--	--	--

	tiene jabón, yo que sé. Ir viendo pero soy como muy sutil, trato.	
22	Es la relación con el paciente para poder establecer un buen vínculo a favor del tratamiento.	La relación con el paciente para poder establecer un buen vínculo a favor del tratamiento.

UA	Cualidades para la construcción del vínculo terapéutico	Idea/Tópico
1	Escucha, contención, comprensión, calidez humana, humildad, empatía y saber profesional, respeto y diálogo. Conocimiento de sí mismo y de sus propias limitaciones humanas y profesionales, como también las de la propia institución.	Escucha, contención, comprensión, calidez humana, humildad, empatía y saber profesional, respeto y diálogo. Autenticidad: Conocimiento de sí mismo, limitaciones humanas, profesionales y de la institución
2	Primero tiene que tener idoneidad en el tema, sensibilidad, ponerse en el lugar del otro, tener mucho sentido común, también tener como una seguridad en uno mismo, saber lo que está ofreciendo y lo que puede dar, tiene que amar lo que hace. Si el paciente ve, que vos amás tu profesión se lo transmitís y eso, ellos lo registran, fundamental amar lo que uno hace.	Conocimiento teórico: (Idoneidad en el tema) Sensibilidad Autenticidad (Amar por la profesión/Seguridad en uno mismo)
3	Creo que debe tener una perspectiva de derechos, ser abierto a la diversidad y respetar al paciente.	Perspectiva de derechos Respeto
4	Empatía primero y principal, re importante, y después, bueno, ida y vuelta, feedback. Que no quede solo ni en un lugar, ni en el otro, como que sea algo que se va armando conjuntamente, tanto los objetivos, el tratamiento de acuerdo al interés, y la empatía de base. Que surja desde ese espacio, de interconexión con el otro, sea la patología	Empatía, Inmediatez en el aquí y ahora Feedback, ida y vuelta Calidez (Interés)

	que sea, y la severidad que tenga, no importa, atraviesa todo, sí.	Respeto (Acuerdo) Crear espacio de interconexión con el otro.
5	<p>Y... ganas, si un terapeuta no quiere vincularse con su paciente, no hay más qué decir, tenés que tener ganas de darle un lugar al otro, o sea, no sé si queda claro o si responde a la pregunta.</p> <p>Me parece que tenés que tener esto, deseo, de lo que uno pueda brindarle, le puede llegar a hacer útil, entonces, tenés que tener la capacidad de escuchar y ver si al otro, le pasa lo mismo, o sea, qué es lo que el otro te está diciendo, a partir de la escucha, oído, paciencia, tolerancia. Ya te digo, ganas sí, el deseo de querer ejercer lo que uno supuestamente, quiere ejercer o sabe que puede ser beneficioso para el paciente. Después sí, capacidad de escucha pero todo eso viene después del deseo, de las ganas, porque por más que le digas a un terapeuta, “me parece que no lo escuchaste” y te refunfuña y no quiere saber nada del paciente o el paciente le cae mal, ya, hay algo que no abrió la puerta para todo lo demás.</p>	Escucha, Respeto (paciencia, tolerancia) Calidez (Ganas)
6	Tiene que tener empatía, para poder ponerse en el lugar del otro, capacidad de escucha, tener un trabajo personal para poder ser de ayuda y no involucrarse en forma negativa.	Empatía Escucha Autenticidad: Tener un trabajo personal para poder ser de ayuda y no involucrarse de forma negativa
7	En mi opinión, debe tener destreza para relacionarse, que se va adquiriendo con la experiencia, autoconocimiento, empatía, calidez, sensibilidad, formación, capacidad resolutoria, ética, pero ante todo respeto y objetividad por y para la otra persona que tiene un padecimiento, ya que el paciente espera ser ayudado sin ser juzgado.	Experiencia, autoconocimiento Empatía, calidez, sensibilidad Formación (conoc. teórico) Ética Respeto, objetividad
8	Una escucha amplia, no solo el "dato" que necesito recabar, que incluya factores contextuales que nos	Escucha

	acerquen a la comprensión de la situación y de la perspectiva del usuario. No juzgar desde preceptos morales, de clase, etc. Respetar la autonomía: sugerir no indicar.	Empatía (No juzgar, comprensión) Respeto de autonomía
9	Empatía, sobre todo, escucha activa de las necesidades y prioridades del paciente de lo que él expresa que es significativo para su vida, pero sobre todo la empatía el poder ponerse en el lugar de la persona que asiste al servicio.	Empatía, ponerse en el lugar del otro Escucha
10	Ser claro con el paciente a la hora de plantear los objetivos del tratamiento teniendo en cuenta siempre los intereses de la persona y no los nuestros. Además de buen trato, empatía y cordialidad.	Calidez (Interés por la persona, cordialidad) Empatía
11	Análisis de las destrezas de regulación emocional y de participación social, necesarias para desarrollar acciones y comportamientos que favorezcan el tratamiento.	Conocimiento teórico
12	Cordialidad, empatía y los conocimientos teóricos y prácticos - experiencia suficiente - para brindarle confianza al paciente.	Conocimiento teórico Experiencia Empatía, calidez (cordialidad), confianza
13	Empatía y respeto hacia las necesidades del paciente. Escucharlo	Empatía, respeto Escucha
14	Capacidad de escucha Paciencia Flexibilidad Capacidad de adaptación Buen humor	Capacidad de escucha Paciencia Flexibilidad Empatía (Capacidad de adaptación) Calidez (Buen humor)
15	4 ejes: 1- lectura actualizada de terapia ocupacional, y otras disciplinas: sociología, antropología, filosofía. 2- el análisis personal, la terapia lo que fuere. 3- la cotidianidad con tus pares de comentar lo que te está pasando y que alguien te pueda marcar o señalar.	Conocimiento teórico: Lectura actualizada de TO y otras disciplinas Autenticidad: • Análisis personal

	4- supervisión con una persona que tenga más experiencia que vos, ajena a ese vínculo que vos vas construyendo, te puede señalar determinadas cosas que a vos te sirven para seguir continuando y para mejorar el tratamiento con el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio con pares • Supervisión
16	Ganas... principalmente ganas, amor por lo que estás haciendo, te tiene que gustar lo que estás haciendo, porque nosotras como profesionales no trabajamos con plantas, ni con macetas, trabajamos con personas y las ganas de uno como profesional en tratar de ayudar al otro, eso se transmite, trasciende, uno lo muestra. Esto es como cuando vas al médico, está el médico que te toma la presión y te dice: “está todo bien, vaya”, está el otro que te pregunta, te toma la presión y te pregunta si te pasó algo, digamos que se toma más tiempo es lo mismo. Sí, para mí es fundamental.	Calidez (Ganas) Autenticidad (Deseo, amor por la profesión)
17	Empatía, poder ponerse en el lugar del otro, cuando vienen acá los grupos de alumnos, es fácil decir “ponerse en el lugar del otro”- hospital monovalente donde hay pacientes que hace 20 años que viven y hay algunas que hace un mes- pero algunos te dicen: “aaah...” pero ponete en el lugar del otro, yo siempre les doy el mismo ejemplo: pensá que el cocinero de la empresa es el que decide lo que vos desayunás, todos los días de tu vida, la nutricionista decide desde un papel qué vas a almorzar, la enfermera a qué hora te vas a bañar, eso es, en un lugar así donde las internaciones a veces son muy prolongadas, hay que ponerse realmente en el lugar del otro y no solamente por estar mal, por estar pasando una crisis, por no tener a su familia sino por lo que se convierte tu vida en la institución, no, a veces no, no, llegamos a tener la magnitud. Una vez hicimos un trabajo y fuimos a investigar en los pabellones y mis compañeras venían...-a partir de un cuestionario no...-? me decían que las bombachas las tiraban las pacientes, que las pacientes usaban las bombachas y las tiraban... cómo es eso? entonces... la bombacha, si la persona tiene la capacidad de lavársela, tiene su jabón, y tiene la capacidad de lavársela se la lava y entonces conserva su bombacha, si vos no podés lavar la bombacha o no tenés jabón, la	Empatía, ponerse en el lugar del otro. Comprensión

	<p>bombacha va un cesto con toda la ropa interior con las 40 personas que te acompañan en el servicio, eso va a un lavadero central y después vuelve, pero no sabés qué bombacha te toca, te vuelve a tocar una bombacha. Cuando vinieron lo contaban muy horrorizadas, cuando empezamos a verlo... ”mirá pará la mano... yo no me pongo tu calzón... yo no me lo pongo al tuyo, por más que esté limpito y que haya pasado por un lavarropas con otros 40, con otros 40 no, porque se deben juntar con varios... del hospital, yo no me lo pongo”, yo haría lo que hace ella, no me lo saco hasta que no está y lo tiro porque... qué hago, si vos lo das te va a volver, la única forma es tirarlo, después vimos que la que tenía la capacidad de lavarlo, tenía un problema, dónde se seca, sabés dónde encuentran los pacientes el lugar para secarlo? debajo del colchón... hay que ponerse en el lugar del otro... es más que decirlo... hay que realmente ver, a mí me... (Gesto de “piel de gallina”) y yo trabajo para que ellas se vayan muy rápido y todo de lo que puedan del hospital... pero hay que ponerse... con todo lo que eso implica. Una cosa es decirlo, hay que estar en esos zapatos... hay que trabajar un montón para poder darte cuenta de lo que implica por lo que está pasando el otro.</p>	
18	<p>Y para mí, lo primordial es la empatía con la persona con la que estás trabajando y obviamente desde lo profesional el conocimiento de la problemática que tenga esa persona, yo por lo menos trabajo mucho con la escucha activa, prestar atención no solo a lo que se dice, sino lo que siente esa persona a través de lo que comunica, digamos. Pero para mí lo primordial es la empatía. Más allá de todo el conocimiento que puedas tener o todos los recursos académicos o lo que fuera de formación, me parece que lo primordial es la empatía y esto de poder ponerte en el lugar de la otra persona, escuchar lo que dice, pero también ver lo que siente, me parece que eso es como lo principal en esta profesión sobretodo.</p>	<p>Empatía, ponerse en el lugar del otro Escucha</p>
19	<p>Empatía una de las primeras cosas que, esto de ponerse en el lugar del otro, me parece fundamental, a esto se le suma cuestiones de paciencia, de poder explicarle con</p>	<p>Empatía, ponerse en el lugar del otro. Trabajo en conjunto</p>

<p>terminología que la otra persona pueda entenderte, hacer como simplificar, así como graduamos las terapistas ocupacionales la actividad, graduar también la explicación que le damos a esa persona para que pueda comprender, lo que uno le está diciendo, hacia dónde queremos ir y además de hacerlo participar todo el tiempo, yo les vivo preguntando todo el tiempo: “¿cómo es su realidad, cómo es su situación?”. Y no, esto de poner objetivos, con lo que tiene que ver con el vínculo, porque sino uno, no lo engancha, en el decir, bueno, a ver:-la T.O. ejemplifica poniéndose en el lugar de la usuario:- “me siento cómoda viniendo a trabajar en este espacio, con esta terapeuta? si me dice: que me duche dos veces por día cuando hace calor y resulta que tengo que calentar el agua, no tengo ducha, me baño en una palangana, no tengo baño en mi casa”. Entonces, esto de trabajar con la realidad del paciente, aunque a nosotros, se nos dificulta muchísimo ir a esa casa o a ese lugar donde vive, pensión, lo que sea, para poderlo ver y hacerlo ahí en el momento, in situ, sería como lo ideal. Acá en el hospital lo manejamos con el relato de lo que nos cuentan, lo que tienen, pero bueno, creo que haciendo esa relación y esa consideración de preguntarle en qué realidad vive, con qué cosas, con qué cosas reales, nos ponemos poner, en esto de la empatía, de decir bueno, si me puedo situar en su lugar y buscar juntas la estrategia, y si es que le interesa o no... no sé, estos planteos de objetivos que por ahí, no son míos sino de esa persona, entonces... un ida y vuelta continuo de cómo estamos trabajando, para mí esa es la base de formar como esa, esa relación, para que se sostenga también el tratamiento en el tiempo y sea efectivo no? y se logre lo que vino a buscar esa persona digamos. Justo hoy hablábamos con una de mis compañeras, de que, acá hay muchas pacientes en el hospital que cuando se externan van a pensiones y por ahí en las pensiones se encuentran con realidades peores que las que han vivido en el hospital, en ambientes, ambientes más chicos, sin lugar para guardar sus cosas, baños compartidos, habitaciones a veces compartidas, porque bueno económicamente no tienen acceso, obviamente a otra cosa, pero una de las cosas que a veces nos resuena y todo es: que uno les habla: “ay sí</p>	<p>con el paciente y su realidad Paciencia Específico (graduar, simplificar)</p>
---	--

	<p>porque te vas a poder, que sé yo, comprar, cocinar... y no tienen heladera... “entonces buscar la estrategia de poder decir...” bueno, cómo conservo los alimentos sin heladera” o sea es una realidad totalmente distinta que uno dice: “bueno, comprate la leche, no sé, en sachet porque es más barata... y sí? dónde la guardo?... entonces tiene que saltar a una leche en polvo porque la pueden guardar... no sé, eso es un detalle... un ejemplo no? Pero a eso me refiero con consultar y preguntar y trabajar juntos con la realidad real del paciente, no con... bueno sí lo ideal es esto... armemos recetas... y después... cuando llega a la habitación que tiene que prepararse esas cosas, se encuentra con que... entonces no le sirve y eso bueno hace que el vínculo, la relación que podamos formar, no sea buena, digamos, quizás termina viniendo obligado porque el médico le dijo que tenía que hacer... terapia ocupacional, y no le sirve de nada.</p> <p>A mí, me gusta generar, esa cosa de que vengan, porque sientan que es útil digamos, que le está sirviendo, qué podemos pensar juntos, organizarnos juntos... y eso.</p>	
20	<p>Yo creo que cualquier profesional, más allá de la cuestión disciplinar, académica, profesional, tiene que tener sensibilidad, conciencia social, tiene que poder mirar al otro como un par, más allá de los roles que cada uno ocupa en ese momento determinado, porque yo puedo ver a una persona hoy porque está internada en el hospital o porque se atiende y después esa persona me atiende a mí, porque es administrativa en un local de helados.</p>	<p>Sensibilidad, conciencia social. Mirar al otro como un par</p>
21	<p>Para mí, no ver una patología, no ver un objeto, una enfermedad enfrente, ver un sujeto. Y tratar de entender ese sujeto en el contexto en el que vive. Ya te digo, si viene con la ropa sucia, bueno, yo puedo decir "está descompensado", "no tiene conciencia de enfermedad de que tiene la ropa sucia", o tal vez decir bueno, "no tiene jabón", "¿dónde vive?", "no tiene agua". Qué sé yo... y de última, a ver, ¿cuántos salimos con la ropa sucia, digo? Tampoco es un... para pensar solamente en la patología en sí, me parece que... yo, por lo menos, siempre escucho y</p>	<p>Entender al sujeto y su contexto. Empatía, escucha, respeto Autenticidad (ejemplo: "mira, la verdad que no lo sé, lo buscamos juntos, buscamos este recurso, me parece</p>

<p>veo a un sujeto. Y me costó, cuando estaba acá, todo el tiempo escuchaba síntomas y todo el tiempo trataba, cuando una persona me hablaba, de relacionarlo con los síntomas, los signos, la patología. Y cuando me fui a Gorriti, empecé a ver, empecé escuchar a la persona con su historia, con las cosas que le pasan. Y el delirio, bueno sí, está ahí, digo, pero cuando escuchás toda su realidad te das cuenta que la patología es como... o el padecimiento mental, en realidad, es lo mínimo; le pasan un montón de cosas a esa persona. Yo, por lo menos, aprendí o estoy aprendiendo a cambiar mi escucha y a decir "mirá, la verdad que no lo sé, lo buscamos juntos, buscamos este recurso, me parece que tal vez podamos pensar...". Y trato como siempre, de esto, trato de ante una necesidad, demanda ocupacional de abrir el juego, del abanico de todos los recursos que podemos tener y que la persona decida, todo el tiempo. Decimos "mirá, tenemos todo esto y tenés el derecho a tener la información de todo esto; vos decidís, qué camino querés tomar" y yo voy acompañando eso. Obviamente puedo dar mi opinión y todo. Por ejemplo, cuando entrevisto una usuaria de externos que quiere una actividad acá adentro del hospital, yo explico, "mirá yo no derivo acá por esto, por esto y por esto" porque estamos trabajando la inclusión, yo voy por el lado de la ley de salud mental, la idea es armar red con los recurso cercanos a tu domicilio, para que vos puedas sostener el tratamiento. Venir a acá al hospital no es la inclusión social, la idea es afuera. Yo explico eso, después si la persona quiere venir acá, no se lo voy a negar. Pero siempre doy como mi lineamiento ideológico y siempre trato de armar red en el lugar donde vive la persona. Me pasó en La Plata, por ejemplo, después una señora de Villa Celina, que no conocen qué tienen en su comunidad; entonces, bueno, es como tratar de eso, de que armen su red comunitaria en el lugar donde ellos viven.</p> <p>Pero más que nada es eso, es tener un sujeto enfrente y bancarme que me diga "mirá, yo no estoy de acuerdo, te cuestiono..." No tengo la verdad absoluta y en realidad entiendo que quien sabe más de su padecimiento es quien lo padece; no yo, que estudié en la facultad. Yo estudié</p>	<p>que tal vez podamos pensar...")</p>
--	--

	algo abstracto, el que convive con eso es el que más sabe, entonces aprendo del otro.	
22	Paciencia, empatía, saber escuchar, ser claro, conciso, simpático...	Paciencia, empatía, saber escuchar Específico (ser claro, conciso) Calidez (simpático)

UA	Factores que influyen en la construcción del Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.	Idea/Tópico
1	-Creo que un mal vínculo se genera cuando no hay empatía entre las partes y no se genera confianza. -Un buen vínculo es un proceso dinámico que se construye entre las partes desde la confianza, la empatía y el respeto	M: cuando no hay empatía entre las partes y no se genera confianza. B: se construye entre las partes desde la confianza, la empatía y el respeto
2	-Creo que el destrato, la falta de respeto, la falta de consideración, el que “lo hago porque lo tengo que hacer” pero realmente no me interesa, no cumplir con los horarios, o sea hay tantas formas de desinterés o de maltrato o de mala atención. -Buen vínculo, me parece que ya te lo contesté anteriormente. Poder mirar al paciente de forma holística.	M: el destrato, la falta de respeto, la falta de consideración, el que “lo hago porque lo tengo que hacer” pero realmente no me interesa, no cumplir con los horarios, o sea hay tantas formas de desinterés o de maltrato o de mala atención. B: mirada holística

3	Bueno, en contraposición, la falta de priorizar la realidad del paciente, sus perspectivas, sus intereses, sus valores, y sus deseos.	M: la falta de priorizar la realidad del paciente, sus perspectivas, sus intereses, sus valores, y sus deseos.
4	<p>-Diferenciando malo de bueno, por ahí, no el mejor vínculo sería este que no tiene en cuenta los intereses del otro, que se encasilla solo en un abordaje y no puede buscar otras estrategias, que sigue su lineamiento teórico sin poder estar en conexión con la necesidad del otro.</p> <p>-Y lo que sería bueno, diferenciándolo de malo, es el que a partir del interés y de distintas miradas, pudiéndose cambiar, de acuerdo a las posibilidades del paciente, o como va avanzando el paciente, puede permitirse esto, de ir corriéndose y armando algo conjunto con el otro. Siempre en conjunto con el otro, eso sería un buen vínculo.</p>	<p>M; sería este que no tiene en cuenta los intereses del otro, que se encasilla solo en un abordaje y no puede buscar otras estrategias, que sigue su lineamiento teórico sin poder estar en conexión con la necesidad del otro.</p> <p>B: sería este que no tiene en cuenta los intereses del otro, que se encasilla solo en un abordaje y no puede buscar otras estrategias, que sigue su lineamiento teórico sin poder estar en conexión con la necesidad del otro.</p>
5	Empiezo por el buen vínculo más fácil, por lo que sí creo que sería un buen vínculo, es lo que te decía antes digamos, el sabernos dos personas, dos seres humanos. Y más te digo, cuando el paciente tiene limitaciones para vincularse, vincularse desde la palabra o desde la comprensión más todavía, y uno va viendo los resultados del tratamiento, creo que eso, es fruto de ese vínculo, de un compromiso de cada uno. Yo creo que eso, es un indicador de un buen vínculo, que algo está pasando y cambiando.	<p>B: el sabernos dos personas, dos seres humanos. Compromiso de cada uno.</p> <p>M: cuando algo de eso se rompe, o sea, la confianza Si no hay diálogo, no hay comunicación, es más difícil sostener algo,</p>

	<p>-Y mal vínculo, cuando algo de eso se rompe, o sea, la confianza. Hace poquito me pasó, no me pasó a mí, pasó con otra terapeuta, que la mamá vino y se puso a llorar y me dice: “no quiero venir más de fulanita de tal porque siento que no me da el lugar que yo necesito, me está poniendo en un lugar que yo no estoy”. Después pudimos hablar con la mamá, y la terapeuta, una vez que se calmó la mamá. Y llegar a un acuerdo. Si no hay diálogo, no hay comunicación, es más difícil sostener algo, una puesta en común de alguna manera, pero es como que se rompió algo ahí, de la confianza de la madre hacia la terapeuta. Creo que pasa por ahí, el vínculo es lo más básico y atraviesa todo. Entonces un mal vínculo, tiene que ver con eso, donde hay algo que se rompe. Que a lo mejor pasa por las personalidades de cada uno, no todo el mundo, se lleva bien con todo el mundo, pero desde lo terapéutico, cuando ya se pierde como esa confianza, ese ida y vuelta, ya hay algo que en el vínculo no se está dando y para mí ya el tratamiento va a ser diferente, eso.</p>	<p>una puesta en común de alguna manera, pero es como que se rompió algo ahí, de la confianza</p> <p>Donde hay algo que se rompe. Que a lo mejor pasa por las personalidades de cada uno, no todo el mundo, se lleva bien con todo el mundo, pero desde lo terapéutico, cuando ya se pierde como esa confianza, ese ida y vuelta, ya hay algo que en el vínculo no se está dando y para mí ya el tratamiento va a ser diferente</p>
6	<p>-Mal Vínculo, es cuando el terapeuta toma partido de alguna situación familiar o cuando se espera algo del paciente/familia que no puede dar y que hacen que no se dan los resultados esperables y provocan enojos que interfieren en el vínculo. También cuando no hay empatía mutua, cuando se pone una distancia emocional demasiado rígida, cuando se considera al paciente como cliente.</p> <p>-Buen vínculo, lo contrario, empático, distendido, franco, cercano pero no pegoteado, calmo, sincero. Cuando hay un encuentro de personas.</p>	<p>M: es cuando el terapeuta toma partido de alguna situación familiar o cuando se espera algo del paciente/familia que no puede dar y que hacen que no se dan los resultados esperables y provocan enojos que interfieren en el vínculo. También cuando no hay empatía mutua, cuando se pone una distancia emocional demasiado rígida, cuando se considera al paciente como cliente</p>

		B: Empático, distendido, franco, cercano pero no pegoteado, calmo, sincero. Cuando hay un encuentro de personas.
7	<p>-Un mal vínculo, es cuando el paciente nos genera emociones negativas, que impiden que lleguemos a relacionarnos, por eso es importante el autoconocimiento del terapeuta.</p> <p>-Un buen vínculo terapéutico, es cuando puedo lograr acercarme al paciente sin generar incomodidad o invasión, y así poder empezar a realizar entrevistas y evaluaciones para poder ayudarlo a identificar sus dificultades.</p>	<p>M: Cuando el paciente nos genera emociones negativas, que impiden que lleguemos a relacionarnos</p> <p>B: cuando puedo lograr acercarme al paciente sin generar incomodidad o invasión, y así poder empezar a realizar entrevistas y evaluaciones para poder ayudarlo a identificar sus dificultades</p>
8	<p>-Un vínculo malo es aquel construido sobre una base autoritaria que no respeta los derechos del usuario.</p> <p>-Un buen vínculo es aquel basado en el respeto de los derechos.</p>	<p>M: Construido sobre una base autoritaria que no respeta los derechos del usuario.</p> <p>B: basado en el respeto de los derechos.</p>
9	El no escuchar al paciente y sus necesidades, o sea todo lo contrario a lo que dije anteriormente, el querer poner nosotros nuestros propios objetivos sin tener en cuenta lo que esa persona necesita y quiere.	M: El no escuchar al paciente y sus necesidades. El querer poner nosotros nuestros propios objetivos sin tener en

	<p>Buen vínculo: Escucharlo, seguir sus necesidades, sobre todo acá en ASAC mi intervención, es centrada en el paciente, todos los objetivos que yo me planteo en la intervención son lo que el paciente me dice que resulta significativo para su vida.</p>	<p>cuenta lo que esa persona necesita y quiere.</p> <p>B: Escucharlo, seguir sus necesidades, es centrada en el paciente, todos los objetivos que yo me planteo en la intervención son lo que el paciente me dice que resulta significativo para su vida.</p>
<p>10</p>	<p>-Creo que se genera un mal vínculo con el paciente, cuando nosotros como profesionales no logramos entender sus necesidades ni transmitirle la importancia de nuestra labor. Un paciente desinteresado por la terapia, no estará conforme con su terapeuta y se generará un mal vínculo. La falta de cordialidad, paciencia, empatía, también colaboran al mal vínculo.</p> <p>-Un buen vínculo cuando nosotros como profesionales no logramos entender sus necesidades ni transmitirle la importancia de nuestra labor. Un paciente desinteresado por la terapia, no estará conforme con su terapeuta y se generará un mal vínculo. La falta de cordialidad, paciencia, empatía, también colaboran.</p>	<p>M: Cuando nosotros como profesionales no logramos entender sus necesidades ni transmitirle la importancia de nuestra labor. Un paciente desinteresado por la terapia, no estará conforme con su terapeuta y se generará un mal vínculo. La falta de cordialidad, paciencia, empatía, también colaboran al mal vínculo.</p> <p>B: Cuando nosotros como profesionales no logramos entender sus necesidades ni transmitirle la importancia de nuestra labor. Un paciente desinteresado por la</p>

		terapia, no estará conforme con su terapeuta y se generará un mal vínculo. La falta de cordialidad, paciencia, empatía, también colaboran
11	Mal vínculo: Fracaso en las estrategias seleccionadas, consciente / inconscientemente para el tratamiento, en oposición al “buen vínculo”.	Fracaso en las estrategias seleccionadas, consciente / inconscientemente para el tratamiento
12	-Un mal vínculo es aquel que por diversos motivos no permite el correcto desarrollo de las actividades terapéuticas.	B: aquel que por diversos motivos no permite el correcto desarrollo de las actividades terapéuticas. BUEN VINCULO NO RESPONDE.
13	-Mal vínculo → no hay relación. Choque entre terapeuta y paciente. -Buen vínculo → hay relación terapéutica, trabajo en conjunto, objetivos en común.	-M: no hay relación. Choque entre terapeuta y paciente. -B: hay relación terapéutica, trabajo en conjunto, objetivos en común.
14	-Mal vínculo: cuando el T.O. no quiere que vaya el paciente, no quiere “ni verlo”, cuando el T.O. está cansado te quedás con esa sensación de que se puede hacer algo. A veces no es sólo el paciente sino el T.O., que no quiere ver al paciente, y después más allá del esfuerzo valió la pena. En el caso del paciente: cuando no se siente escuchado, cuando no trae inquietudes a la terapia (hay veces que	M: cansancio del profesional, no querer ver al paciente paciente: no sentirse escuchado o q no traiga inquietudes a la terapia

	<p>eso se revierte para bien, y el paciente se empieza a sentir cómodo y a gusto en la terapia)</p> <p>La transferencia y contratransferencia, va haber alguno que te llevás mejor y otros no hay transferencia.</p> <p>-Lo importante es saber qué es lo mejor para ese paciente, adaptarse, eso es determinante. Quizá a veces no hacés en la sesión muchas actividades como te gustaría pero das el espacio de contención y te lo agradecen. A veces hay que acompañar en la situación concreta que está pasando el paciente, acompañar en el ciclo de vida, en el caso de los niños. Con los adultos, escucharlos y darles espacio, preguntarles qué les gustaría, quizá para mí no es lo principal pero para él sí. Al final cuando te ganás al paciente, él termina aceptando lo que le proponés. El paciente es el protagonista de su tratamiento.</p> <p>Hace falta capacidad de escuchar aunque no me interese, ser protagonistas. Ellos pueden aportar algo en ese espacio, tiene que encontrar su rol en ese espacio de la sesión.</p>	<p>Transferencia y contratransferencia</p> <p>B: saber qué es lo mejor para ese paciente, adaptarse. El paciente es el protagonista de su tratamiento. el espacio de contención y te lo agradecen, acompañar en la situación concreta que está pasando, acompañar en el ciclo de vida ser protagonistas, aportar algo en ese espacio, encontrar su rol</p>
15	<p>-Un mal vínculo es un vínculo donde se ponen en juego cosas que no tienen que ver con la situación en sí, un mal vínculo es si yo, lo empiezo a retar al paciente como si fuera mi hijo o veo a la persona que me consulta a mi madre o digo: “Aah! lo mismo que mi mamá, igual que mi papá” eso es un mal vínculo, es un vínculo empastado, digamos, un mal vínculo...-bah a mí no me gusta el término mal y bien- pero bueno eso sería un vínculo que no sería beneficioso ni para él ni para mí. Hay personalidades psicopáticas con las que vos, realmente no podés hacer un buen vínculo terapéutico, y entonces tenés que cuidarte un poco, en el sentido, de qué es lo que le decís o cómo le hablás o cuáles son los tonos y a qué acuerdan, porque hay pacientes que son muy manejadores y muy manipuladores, no son la mayoría que llega a terapia ocupacional porque generalmente esos pacientes, no quieren que uno les ayude en nada o sea por lo menos acá en la institución no son tantos los que llegan, acá al servicio, pero si vos trabajás en el servicio de internación, son, andan</p>	<p>M: donde se ponen en juego cosas que no tienen que ver con la situación en sí, un mal vínculo es si yo, lo empiezo a retar al paciente como si fuera mi hijo o veo a la persona que me consulta a mi madre</p> <p>Un vínculo terapéutico, no quiere decir que uno no tenga que poner límite y a veces no tenga que hacer una intervención directiva</p> <p>B : es lo que te posibilita que la otra</p>

	<p>circulando, porque sí se internan los que tienen este tipo de manejo, entonces vos ahí...digamos...que uno tenga un vínculo terapéutico, no quiere decir que uno no tenga que poner límite y a veces no tenga que hacer una intervención directiva, a veces la intervención directiva es con la familia no? Yo he tenido a madres que todavía lo seguían bañando al chico con veintipico de años...- "No, bueno, usted bañarlo, No."- Si la persona está en condiciones de entender por qué no es bueno que no lo bañe, no porque sea madre, sino porque en ese momento, se juegan que es una mujer y un hombre, digamos...no? bien, uno se lo intenta explicar con palabras sencillas si no lo entiende, bueno-No, porque no lo beneficia a él. Capaz que después podemos seguir avanzando en eso en el trabajo con la persona.</p> <p>-Y un buen vínculo, yo creo, que es lo que te posibilita que la otra persona crezca, mejore su psicopatología, tenga una vida cotidiana más acorde a lo que la persona desea, pueda conseguir un lugar donde expresarse, donde poder decir realmente lo que le pasa sin temor a ser ni enjuiciado, ni castigado, ni qué horror cómo pensás eso, eso es un buen vínculo</p> <p>un vínculo de confianza, es un vínculo contenedor, te digo... pero generalmente a veces, cuando se establece un buen vínculo es cuando el paciente te puede decir aquellas cosas que no se las cuenta a nadie o que les da vergüenza contarlas, o que se enoja y se enoja porque uno lo puede seguir sosteniendo porque no es el enojo de ese enojo-"bueno, vos te enojás yo no te atiendo más"- por decirlo de alguna manera. Es el enojo de... muchas veces, qué sé yo, a uno le pasa cuando va a terapia y esconde una cosa y el terapeuta te dice una cosa, a vos no te gusta, te vas a enojada pero después lo pensás y a lo mejor tiene razón y si no tiene razón vas otra vez y le decís: -"no, mirá pensé... qué sé yo..."-eso me parece que tiene que ver, con lo que es un buen vínculo.</p>	<p>persona crezca, mejore su psicopatología, tenga una vida cotidiana más acorde a lo que la persona desea, pueda conseguir un lugar donde expresarse, donde poder decir realmente lo que le pasa sin temor a ser ni enjuiciado, ni castigado, ni qué horror cómo pensás eso, eso es un buen vínculo</p>
16	-No sé, si hay malos vínculos, creo que lo que hay es malas transferencias o contratransferencias, hay veces que uno se engancha con cuestiones del paciente o de la	M: malas transferencias o contratransferencias,

	<p>persona con la que está trabajando y que te movilizan, a uno como profesional y hace que todo esté medio empastado, pero uno eso lo puede resolver como profesional y tenemos la capacidad y el conocimiento de poder resolverlo o en un espacio de supervisión, en un espacio terapéutico para ver qué es lo que a uno le pasa.</p> <p>-Un buen vínculo, es un vínculo confiable, donde el otro te respeta, vos lo respetás, el otro confía, vos confías, donde las pautas para mí, son claras. Yo puedo tener un muy buen vínculo con un paciente o con una persona con la que estoy trabajando pero jamás le mentiría o le haría pensar que soy amiga de él. Para mí, eso es fundamental, que esté claro. Hasta dónde está el límite, que uno puede estar junto con la otra persona trabajando en objetivos para mejorarle la calidad de vida pero esto no quiere decir de que yo voy a estar siempre ni que cuando nos vamos a encontrar a tomar un café, digamos, porque ahí es como que se empieza a desvirtuar, digamos, para mí un buen vínculo tiene que tener pautas claras y sobre todo respeto, respeto hacia el otro con sus cosas, así como yo también tengo las mías o cualquier profesional tiene las suyas. Digamos respetar y nada...que sea confiable y claro.</p>	<p>hay veces que uno se engancha con cuestiones del paciente o de la persona con la que está trabajando y que te movilizan.</p> <p>B: es un vínculo confiable, donde el otro te respeta, vos lo respetás, el otro confía, vos confías, donde las pautas para mí, son claras</p>
17	<p>-Cuando no se respeta a la persona que tenés delante...a vos te gustan las manzanas, a mí no, entonces yo en tu dieta, nunca voy hacer una receta o planificar algo que contenga manzanas, no me importa si a mí me gusta, no me gusta, si mis valores van con esos o no. Es respetar al otro, si yo al otro no lo veo, no lo respeto, no puedo tener nunca un buen vínculo.</p> <p>-respetar los valores, las creencias, a pesar de que no sean compartidas, muchas veces podemos no compartir lo que el otro piensa, eso se da mucho en los grupos cuando empezamos a trabajar sobre el derecho a votar, entonces se piensa hablar, ahí se habla de política y nos tenemos que respetar entre todas las del grupo no? y hay veces que ellas te piden opinión... entonces suele pasar en el hospital que las pacientes están agradecidas al</p>	<p>M: no se respeta a la persona</p> <p>B: respetar los valores, las creencias, a pesar de que no sean compartidas</p>

	<p>gobierno de la ciudad o al PRO, porque les da la institución, porque les da los medicamentos, porque tienen la cama, porque tienen esto, porque tienen personal y... por lo general los profesionales que trabajamos para el PRO, nunca estamos de acuerdo con el PRO entonces, bueno ahí... está bien y vos decís: “tenés que ir a votar”... y vos decís “ay no...”! pero son muchos votos..., un montón de veces nos ha pasado y decís “noo... pará” y les tenés que sacar, darle, darle el taloncito, dónde vota, hacerle el mapita para llegar, qué colectivo llega, esto que el otro...decís: “la puta le estoy mandando votos a Macri que no lo quiero!” no me importa, es su derecho a elegir, podés decirle: “bueno pero también hay otras cositas...” pero pasa, nos ha pasado un montón de veces, y no por eso ninguna se dejó... todas han ido a votar, yo a todas las dejo...y les pasa pero...</p>	
<p>18</p>	<p>-Justamente la falta de eso de que te decía antes, o sea esto de bueno, o tomar a la persona como todo igual, todas las personas iguales, cada individuo es diferente y cada persona requiere cosas diferentes por más de que uno trabaje en la misma profesión, siempre cada persona es individual o sean grandes o chicos, sea lo que sea. Y creo que un mal vínculo es no reconocer eso, las individualidades de cada uno de las personas con las que se trabaja. Me parece que eso sería un mal vínculo.</p> <p>-Sería estar consciente de que cada persona es individual, que tiene sus individualidades, que vos podés aplicar la misma metodología con todos pero teniendo en cuenta siempre la particularidad de cada una de las personas con las que trabajás. Creo que eso es un buen vínculo y esto de generar la confianza y donde la persona se sienta cómoda en un espacio de contención, en donde muchas veces, nosotros en esta profesión tenemos como que sobre todo, en lo que es adultos y salud mental, es prestar la motivación como para que el otro pueda activar algo de la suya, un buen vínculo, es también ser permeable a estas cosas, ser flexible me parece que es importante también a cada una de las personas. Uno</p>	<p>M: no reconocer eso, las individualidades de cada uno de las personas con las que se trabaja</p> <p>B: estar consciente de que cada persona es individual, que tiene sus individualidades (...) teniendo en cuenta siempre la particularidad de cada una de las personas con las que trabajás generar la confianza y donde la persona se sienta cómoda en un espacio de contención prestar la motivación como para que el otro pueda activar algo de la suya, un buen</p>

	<p>capaz no hace las mismas intervenciones depende con quien estés trabajando, me parece que eso tiene que ver con la flexibilidad y adaptarte al otro, en realidad para mí lo principal, siempre es el otro primero.</p>	<p>vínculo, es también ser permeable a estas cosas, ser flexible me parece que es importante también a cada una de las personas flexibilidad y adaptarte al otro, en realidad para mí lo principal, siempre es el otro primero</p>
19	<p>-Bueno, todo lo contrario a lo que dije recién... no...? como esta cuestión no prestar atención a... no escuchar al usuario que nos cuenta solo su realidad o no preguntarle ni siquiera, hacer una entrevista por ahí para conocerlo muy por arriba y con preguntas como muy cerradas, a quién siempre le pregunto lo mismo, sea quien sea el que tenga delante y no poder escuchar las respuestas, para generar nuevas preguntas con respecto a lo que me está contando, esto de escuchar su realidad y preguntar en base a eso. Me parece eso... y después bueno nada qué sé yo, fijarse como que ponerle un objetivo yo como terapeuta y no pensar, que el objetivo es del otro, y que tengo que escuchar, por más que yo diga que la paciente tiene que mejorar tal cosa por ejemplo para buscar trabajo, y la paciente quizás no le interesa buscar trabajo, bueno eso lo tengo que escuchar, esto para mí genera un mal vínculo si no escucho al otro. Para mí, lo fundamental es eso no escuchar, el no buen vínculo digamos.</p> <p>-Bueno, esto de poder generar esta buena relación, esto que te dije, de la escucha, de poder planificar juntos y que sé yo y por ahí algunas otras cosas que ahora no se me ocurren pero eso genera un buen vínculo, todo lo contrario que genera un mal vínculo, no sé si “mal” vínculo, por ahí diría no genera un vínculo, no sé si “malo” o “bueno” tampoco esto no? critico también esto cuando uno habla de “buen vínculo” hay o no hay, hay o no hay relación digamos, con el paciente, feeling, que</p>	<p>M: no prestar atención, no escuchar al usuario que nos cuenta solo su realidad o no preguntarle ni siquiera. No escuchar. Uno tiende a decir “malo” cuando no se formó, en realidad no hubo, no hay, no hay enganche y listo. No hay posible tratamiento, si no hay una relación o por lo menos un ida y vuelta, entre un terapeuta y un paciente</p> <p>B: poder generar esta buena relación, esto que te dije, de la escucha, de poder planificar juntos</p>

	<p>sé yo, se le llama de un montón de maneras. Pero uno tiende a decir “malo” cuando no se formó, en realidad no hubo, no hay, no hay enganche y listo. No hay posible tratamiento, si no hay una relación o por lo menos un ida y vuelta, entre un terapeuta y un paciente, por lo menos así lo veo yo.</p>	
20	<p>-Me parece que es priorizar otras cosas que no tengan que ver con las necesidades de esa persona, a la que estás atendiendo, el horario, si te están esperando en otro lado, si no tenés tiempo o mirarla no como un sujeto de derecho. Me parece que eso tiene que ver con el mal vínculo. O depositar en esa persona cosas nuestras, problemáticas nuestras digo...no? porque uno deposita algo en el otro en algún punto, pero, me parece que tiene que ver con eso, sí.</p> <p>-Es muy interesante y tenemos que pensar a qué le llamamos vínculo, pero pensarlo bien, porque hay muchas definiciones y depende... estaría bueno pensarlo más... qué es un buen vínculo y qué es un mal vínculo...? La verdad habría que definir qué es bueno y qué es malo y qué es vínculo...?</p> <p>Yo creo que poder escuchar al otro, escuchar las necesidades del otro, conocer al paciente, porque tenés... diagnóstico médico, nosotras el diagnóstico ocupacional, lo que nosotros traemos en nuestra formación, atravesamientos sociales- culturales, lo que debería ser o hacer una persona o como yo la tendría que ayudar y acá te encontrás con... en realidad deberíamos encontrarnos cuando todos nos podemos ver y siempre, que las personas muchas veces tienen otras necesidades que no son las que nosotros creemos, y me parece que el buen vínculo, tiene que ver con eso, con escucharla, con entender qué es lo que me quiere transmitir, qué es lo que necesita y adaptarnos a eso. Tampoco quiere decir que porque uno tenga un buen vínculo después pueda ayudar o hacer las cosas bien, digamos, para ayudar a una persona, en el hospital hay gente que tienen un muy buen vínculo con sus pacientes y sin embargo son</p>	<p>M: priorizar otras cosas que no tengan que ver con las necesidades de esa persona. No mirarlo como sujeto de derecho. depositar en esa persona cosas nuestras problemáticas</p> <p>B: tiene que ver con eso, con escucharla, con entender qué es lo que me quiere transmitir, qué es lo que necesita y adaptarnos a eso.</p>

	sumamente prejuiciosos, quieren acomodarlos a lo que la sociedad impone, no...? a la “normalidad”, digamos y bueno, yo no creo mucho en eso, en la normalidad del otro, pero bueno, eso.	
21	<p>-Y esto, suena medio repetitivo, es ver a un objeto, ver una enfermedad.</p> <p>-Un buen vínculo, me pasa por ejemplo de: yo doy mi teléfono en externos, cuando laburo con una persona doy mi teléfono, no lo veo como algo... muy pocas veces me ha pasado, pero contado con los dedos de la mano, de personas que te mandan mensajes a cualquier hora, cualquier día, y por ahí como cuestiones de "tengo ideas de muerte", o sea muy pocas veces, en general, las personas son sumamente respetuosas y yo les aclaro, la idea del teléfono es que tanto vos como yo podemos tener un imprevisto y no podemos ir al turno, a la entrevista que teníamos prevista, entonces nos avisamos. Y también saben que ante cualquier cuestión que necesiten a nivel ocupacional me pueden consultar. Y de hecho son sumamente respetuosas y respetuosos en eso. Y a veces cuando hay usuarias que ya se fueron o no vienen más, lo que fuere, cuando vos formas parte de su red y te consultan: “che, mirá me mudé a tal lugar, conocés -como me pasó hace poco-, conocés a un A.T porque necesito?” esto era en provincia. El hecho que me consultara y saber que yo soy un recurso, que la puedo ayudar o que se puede contactar, eso me parece que algo del vínculo quedó, saber que puede contactarse conmigo. Lo que hice fue buscar asociaciones de A.T. en argentina, en provincia y le pasé los teléfonos. “Mirá, se me ocurre esto, no lo sé, se me ocurre esto". "Listo, gracias". Después no sé qué pasó, pero el hecho de decir, mirá, me llamó después de tantos años, que sabe que puede contar conmigo me parece que es un buen vínculo. Es un ejemplo de decir, bueno funcionó, algo... quedó de eso que se laburó. Que por ahí, no pude conseguir que se incluyera en ninguna actividad ni que sostuviera nada, pero algo de eso quedó; se sintió bien conmigo, me parece que eso está bueno, te gratifica. Porque a veces te</p>	<p>B: saben que ante cualquier cuestión que necesiten a nivel ocupacional me pueden contactar. cuando vos formas parte de su red y te consultan yo soy un recurso, que la puedo ayudar o que se puede contactar, eso me parece que algo del vínculo quedó, saber que puede contactarse conmigo</p> <p>NO HABLA ESPECIFICAMENTE DEL MAL VINCULO</p>

	sentís frustrada, decís "ay, no sé ya, qué proponerle, no sostiene nada, no sé qué hacer..." y bueno, sin embargo, me llamó, está bueno.	
22	<p>-Cuando no tenés feeling con el paciente, cuando no tenés llegada a la persona, y posiblemente va a repercutir en el tratamiento, porque ni el paciente ni el profesional van a alimentarse de esa relación.</p> <p>-Un buen vínculo es cuando tenés llegada al paciente y podés trabajar bien con él, de acuerdo a los objetivos propuestos</p>	<p>M: Cuando no tenés feeling con el paciente, cuando no tenés llegada a la persona, y posiblemente va a repercutir en el tratamiento, porque ni el paciente ni el profesional van a alimentarse de esa relación.</p> <p>B:Un buen vínculo es cuando tenés llegada al paciente y podés trabajar bien con él, de acuerdo a los objetivos propuestos</p>

UA	Vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.	Idea/Tópico
1	Creo que un buen vínculo es base para realizar un proceso de tratamiento en especial en rehabilitación donde los procesos son largos. Genera adhesión al tratamiento y que éste se replique en la casa. Por ejemplo cuando te avisan con anticipación que no vendrán. Cuando te cuentan un problema que surge o un logro que notaron a partir de una intervención. En los niños en especial se observa que vienen contentos y dispuestos a jugar y que terminada la sesión no quieren irse.	es base para realizar un proceso de tratamiento Genera adhesión al tratamiento y que éste se replique en la casa.

2	<p>Es la base de todo el proceso, desde el principio, cuando uno saluda al paciente hasta que termina el tratamiento.</p> <p>Sí, que me aportaron. Mirá, me aportaron que uno tiene que medir las cosas que uno dice, hace, cosas que uno tiene incorporado naturalmente y el paciente las está viviendo de otra forma. Recuerdo una situación en la cual el paciente no pudo continuar viniendo porque lo había enfrentado por primera vez al espejo. Mis pacientes, me muestran mis cosas buenas y mis limitaciones.</p>	<p>Es la base de todo el proceso, desde el principio, cuando uno saluda al paciente hasta que termina el tratamiento.</p>
3	<p>Como te decía anteriormente, es un eje fundamental en sí mismo, es una intervención la formación del vínculo de algún modo.</p>	<p>es un eje fundamental en sí mismo, es una intervención la formación del vínculo de algún modo</p>
4	<p>Sí, muy importante el V.T. porque bueno, sin este proceso, sin este ida y vuelta, no se puede armar como el objetivo. Porque para llegar al objetivo, cuando empezás ya la sesión, es como que vas, a través de este V.T. estableciendo esto que yo te decía, qué marco teórico puede ir mejor, las preguntas las va cambiando o no, haciendo el razonamiento clínico. Entonces creo, que el resultado de tu objetivo final, es el resultado de un buen vínculo, de eso que se fue constituyendo en todo lo que tiene que ver con la sesión, en todo eso, pero la base es esa, para luego continuar todo lo que sigue.</p> <p>Así que, en realidad, los ejemplos, son el poder cumplir de cada paciente, su propio objetivo, que pueda lavarse los dientes, esos objetivos funcionales tienen que ver, a que haya un buen vínculo, sí.</p>	<p>muy importante el V.T. porque bueno, sin este proceso, sin este ida y vuelta, no se puede armar como el objetivo</p> <p>La base es esa, para luego continuar todo lo que sigue.</p>
5	<p>Creo que uno tiene que tener la apertura de estar atento al otro, me parece que es fundamental, esa interacción, esa confianza, ese lugar que cada uno tiene, en el proceso, en el encuadre y cada uno tiene un lugar y</p>	<p>Tener la apertura de estar atento al otro, me parece que es fundamental, esa interacción, esa confianza, ese lugar que cada uno tiene, en el proceso, en el</p>

	<p>hay que cuidarlo. Eso siempre me acuerdo, esas claves que te enseñan los profesores: el encuadre, donde está: el paciente, el T.O. y la actividad y donde tiene que haber ese vínculo, ahí entre los tres, porque la actividad también es parte del vínculo, al menos para nosotros, es nuestro medio, es un desafío también la actividad. La actividad que se gesta entre ambos, en ese vínculo, no es la actividad que yo impongo desde terapia ocupacional, es la actividad que tiene que tener un propósito que es nuestro medio, de vincularnos justamente con el paciente, es clave en el vínculo.</p> <p>Los pacientes mismos me han enseñado, a través de este medio, qué es la actividad, construir, trabajar en eso como parte del vínculo es fundamental. Qué quiere trabajar el paciente, qué es lo que uno le puede sugerir al paciente que sería bueno o esperable, entonces con las devoluciones de los pacientes, uno tiene que estar abierto a esto, a escuchar también y a escuchar de diferentes maneras, no solamente te digo desde la palabra sino desde el gesto, desde el enojo, desde lo que pueda pasar. Uno se enriquece con cada paciente en eso, si uno quiere que la actividad sea realmente terapéutica, es como que tiene que estar atento a qué está pasando ahí, sino no sería T.O. digamos, es parte nuestra.</p>	<p>encuadre y cada uno tiene un lugar y hay que cuidarlo.</p> <p>la actividad también es parte del vínculo, al menos para nosotros, es nuestro medio, es un desafío también la actividad a través de este medio, qué es la actividad, construir, trabajar en eso como parte del vínculo es fundamental</p> <p>Uno se enriquece con cada paciente en eso, si uno quiere que la actividad sea realmente terapéutica, es como que tiene que estar atento a qué está pasando ahí,</p>
6	<p>-Es algo enriquecedor, de mucho aprendizaje, de responsabilidad porque paso a formar parte de la vida de esa persona/familia. Siento que es una herramienta por la que puedo hacer que circule salud.</p> <p>-Tengo experiencias grabadas en mí, para siempre, con las personas que atendí y sus familias. Recuerdo situaciones con emoción, aprendo a ser mejor persona y trato de tener</p>	<p>Es algo enriquecedor, de mucho aprendizaje, de responsabilidad porque paso a formar parte de la vida de esa persona/familia. Siento que es una herramienta por la que puedo hacer que circule salud</p>

	<p>presente cada día que si esto deja de pasarme algún día, cambie de ocupación. Por ejemplo, el recuerdo de pacientes que atendí muchos años y que fallecieron, en ese momento tomo conciencia de la parte que ocupé en sus vidas y ellos en la mía; y si más allá de haberlos ayudado o no en su desempeño ocupacional, pude brindarles respeto, afecto.</p>	
7	<p>-Creo que sin un buen vínculo terapéutico, es imposible poder ayudar al paciente, es importante poder explicarle en forma clara y simple que es lo que hacemos, acercarnos y poder ponernos de acuerdo en el tratamiento.</p> <p>-Todas y cada una de las personas a las cuales he atendido, han sido importantes y relevantes en mi profesión a lo largo de los años, algunos en menor o mayor proporción, pero todos fueron personas, únicas y diferentes aunque muchas comparten un mismo diagnóstico, creo que todos han sido en realidad “mis grandes profesores” los que me ayudaron, me enseñaron ellos mismos sobre sus patologías, dejando conocerse y contando o exponiendo sus dificultades y confiando en mí.</p> <p>No sé si tengo ejemplos específicos, pero hay pacientes que atendí, cuando recién ingresé al hospital, que me saludan afectuosamente, recuerdan mi nombre, de donde soy, y logros que alcanzaron en terapia ocupacional.</p> <p>También están los que atiendo actualmente, y me gratifican día a día, cuando por ejemplo me encuentran en un pasillo de hospital de día, y me plantean problemáticas específicas de terapia ocupacional, es muy común que me pidan, me ayudás a organizar mis compras, me ayudás hacer un curriculum, o quiero hacer una actividad afuera del hospital, me ayudás a buscar algo?</p> <p>Que me reconozcan por mi hacer, y mi profesión, para mí, es más que gratificante.</p>	<p>sin un buen vínculo terapéutico, es imposible poder ayudar al paciente</p>

8	Claro que sí, aprendo distintas formas de afrontamiento de situaciones muy complejas, conocí una diversidad de realidades y de capacidades para la optimización de recursos. Conocí muchas caras del sufrimiento humano y también de la resiliencia	aprender distintas formas de afrontamiento de situaciones muy complejas
9	<p>-El vínculo está a lo largo de todo el proceso de intervención si no hay un buen vínculo no se puede lograr nada en realidad. Así que el sentido es este, guía la práctica diaria.</p> <p>-Sí, totalmente. A mí me sirve mucho también que ellos me digan si se sienten cómodos conmigo, con el servicio, con el espacio, todo el tiempo les estoy preguntando y reevaluando cómo se sienten, si van aprendiendo, si hay algo de lo que yo les transmito que no lo entienden. Es muy importante para mí que ellos se sientan cómodos en el espacio para que puedan decir todo lo que sienten, lo que van aprendiendo, de que lo puedan aprender de una forma más eficaz posible. Y el vínculo tiene que estar para que ellos puedan transmitir, abrirse y decirme: “esto me cuesta, esto no me sale, esto no me gusta, esto no me interesa practicarlo porque a mí, en mi casa me lo hacen y siempre fue así”. Porque a veces suele pasar en personas con ceguera, por ejemplo, uno de los objetivos es que aprendan a usar la cocina pero hay personas que nunca cocinaron en su vida entonces es muy importante que yo pueda escucharlo y aceptar que él no quiera aprender a cocinar porque no es significativo para esa persona porque lo hace otro. Así que es re importante estar en constante escucha hacia el paciente. Y me sirve mucho esto que me van transmitiendo, si no me dicen si van</p>	<p>está a lo largo de todo el proceso de intervención</p> <p>el sentido es guía la práctica diaria</p>

<p>aprendiendo o no, no se puede seguir avanzando.</p> <p>Se va afianzando, sí al principio siempre, quizás con más timidez, esta relación es un poco más de escuchar, y después se va haciendo también como otro tipo de relación que se arma como una...no quiero decir como una amistad pero es como que se va afianzando ese vínculo y se genera...se hace más fuerte...se genera como un cariño, que también ahí hay que poner un límite porque después en algún momento hay que cortar esa relación y decir bueno ya te doy el alta porque vos ya sos independiente. Pero bueno, es esto un vínculo en el que hay afecto pero a la vez también en un momento se va a terminar y que también hay que generar esto de decir ahora ya está, te doy el alta y listo y generar también la separación y el término de esa relación terapéutica.</p> <p>Investigadora: O sea de alguna manera, tiene como un encuadre, se da en un momento y tiene un lugar, un encuadre...?</p> <p>T.O. Sí, exactamente...</p> <p>Investigadora: Si ese encuadre no se da, dentro de eso ya no se daría un vínculo, y cómo vos decís cuando ese paciente ya culmina con su tratamiento lo podés ver en otro momento pero ya no va a ser un vínculo terapéutico...en todo caso será una buena empatía...</p> <p>T.O.: Claro...exactamente...y siempre se marca al principio y se dice una vez que se cumplieron estos objetivos yo te voy a dar el alta y pasas por otros sectores, como que se pone un límite y un fin marcado claro, sí al principio de todo. Pero la relación terapéutica se tiene que mantener a lo largo de todo el proceso hasta que los objetivos se cumplan porque así también el paciente viene</p>	
---	--

	<p>motivado y es re importante el refuerzo positivo, hacia ellos porque en este caso, en esta práctica en particular es gente que viene muy dolida, que viene con su autoestima muy baja, creyendo que no puede hacerlo, entonces también, para mí es re importante que se genere una buena relación.</p>	
10	<p>-El vínculo con el paciente es el pilar de una buena intervención de TO. Sin buen vínculo y confianza del paciente en nosotros, y nuestro tratamiento no se pueden cumplir los objetivos del mismo.</p> <p>-Creo que siempre uno aprende y se nutre con cada caso con el que se enfrenta, todos los pacientes nos representan un desafío, para el cual hay que estar preparado, pienso que todos los casos que me tocaron me hicieron aprender algo que luego pude aplicar a nuevos casos.</p>	<p>El vínculo con el paciente es el pilar de una buena intervención de TO.</p> <p>Sin buen vínculo y confianza del paciente en nosotros, y nuestro tratamiento no se pueden cumplir los objetivos del mismo.</p>
11	<p>Ídem anteriores... es una “pista” por donde el avión (tratamiento) se apoya y funciona, progresa.</p> <p>Aporta conocimiento inter-intrapersonal, y posibilidad de analizar y seleccionar un tratamiento eficiente, efectivo y eficaz.</p>	<p>Es una “pista” por donde el avión (tratamiento) se apoya y funciona, progresa.</p> <p>Aporta conocimiento inter-intrapersonal, y posibilidad de analizar y seleccionar un tratamiento eficiente, efectivo y eficaz.</p>
12	<p>-El vínculo terapéutico es muy importante para lograr los objetivos de tratamiento, es el puente entre el profesional y el paciente.</p> <p>-Todas y cada una de las personas moldean el ejercicio profesional y lo perfeccionan.</p>	<p>muy importante para lograr los objetivos de tratamiento, es el puente entre el profesional y el paciente</p>
13	<p>-El vínculo es el 90%. Si no hay relación terapéutica falla la confianza entre ambos y es difícil compartir objetivos en el tratamiento.</p> <p>-Siempre se aprende algo de las personas con las que trabajas. Sobre todo cuando trabajas con gente mayor. Aprendés a respetar los</p>	<p>Vínculo es el 90%. Si no hay relación terapéutica falla la confianza y es difícil compartir objetivos en el tratamiento.</p>

	<p>tiempos de cada paciente, a priorizar según sus intereses. No siempre coinciden los objetivos que tiene el terapeuta con los del paciente al principio del tratamiento.</p>	
14	<p>-El vínculo va a sostener todo el proceso de T.O. “el paciente sabía que se daba ese espacio para descargarse (cuenta un caso en que otra profesional del centro donde trabaja le decía a un paciente: “¿por qué llorás? si está todo bien”, quitándole importancia a lo que le estaba ocurriendo).</p> <p>En situaciones más complejas, en pacientes con enfermedades degenerativas, el vínculo va a acompañar el proceso porque aunque les cueste, si hay un buen vínculo dan el paso en el tratamiento y luego perseveran.</p> <p>- Sí siempre me aportan. Poner una sonrisa a pesar de todo siempre. Más paciencia, más perseverancia en intentar responder con más empatía cuando te preguntan mil veces las mismas cosas. Siempre hay alguien peor que uno. Uno busca siempre animar, me pasa que a veces me olvido del nombre de algún paciente que ya no lo atiendo más pero lo que no se me olvida son aquellas cosas que aprendí con ese paciente, al igual que con todos, siempre algo se aprende, uno se acuerda de lo que te enseñaron profesionalmente, y también de los errores y aciertos.</p>	<p>El vínculo va a sostener todo el proceso de T.O.</p> <p>el vínculo va a acompañar el proceso porque aunque les cueste, si hay un buen vínculo dan el paso en el tratamiento y luego perseveran</p>
15	<p>-Y a mí, me parece que es fundamental, es el inicio de todo tipo de intervención. Es la trama que permite que después se puedan realizar las otras intervenciones, generalmente, a veces, mismo nosotros cuando compartimos algún paciente, entre colegas:-“bueno decíselo, vos, que tenés buen vínculo con él”-esa persona se puede acercar y decirle tal cosa, y decirle algo que resulta medio conflictivo, que sé yo, y uno</p>	<p>Es fundamental, es el inicio de todo tipo de intervención. Es la trama que permite que después se puedan realizar las otras intervenciones</p>

<p>busca la persona que tiene mejor empatía, mejor vínculo, mejor transferencia, me parece que para terapia ocupacional...lo que pasa que yo no quiero, que ustedes piensen o me resulta llamativo la investigación porque digamos, nosotros somos, para mí, “terapeutas” y la palabra “terapeutas” no va sin el vínculo. Esto es así, bueno...dale la otra...</p> <p>-La verdad que, uno es terapeuta por ellos, digamos, cuando vos salís de la carrera, no sabés, si vas a hacer una terapeuta que va a poder colaborar o va a poder ayudar, me parece que los pacientes, te van marcando el camino y te van marcando lo que...hasta te van marcando, te diría yo las actividades que a lo mejor son beneficiosas, digamos...te van construyendo como profesional, con su...con la forma que tienen de decirte, es sorprenderte cuando después de muchos años, vos los volvés a citar por alguna cuestión, y ellos se acuerdan de cosas, que vos no te acordás, que vos te acordás de otras, que creíste que eras la reina del mambo y resulta que eso a ellos, les pasó desapercibido y se acuerdan de la vez que hacía mucho calor y vos le dijiste: “y quiere un vaso de agua fría”-digamos, nosotros la mayor parte de los pacientes con los que trabajo, si bien trabajo con neuróticos, la mayor parte son psicóticos. La psicosis son: personas que han tenido un arrasamiento subjetivo de tal manera, que cualquier cosa que los tome como lo del vaso de agua, como sujeto, digamos, tiene un... los releva ellos como una cosa que se acuerdan y les resulta, que no sos uno más, en una grilla en la pared no...? eso lo rescata... mucho. Ya te digo, tengo pacientes de hace 25 años que los atiendo, que quizás ahora ya no vienen todas las semanas, capaz que vienen 15 días o se pasa un montón de tiempo a lo mejor sin venir</p>	
---	--

	<p>pero porque son de consulta externa... una paciente mujer que hemos pasado la escuela, la escuela primaria de la chica, la muerte de la madre, la muerte del padre, su menopausia, un cáncer, bueno, hemos ido pasando diferentes cuestiones, en conjunto viéndola, a veces dos veces por semana, a veces una vez por semana, una vez cada 15 días, una vez cada mes, en un período largo de tiempo que eso posibilita el poder de estar acá, en el hospital.</p>	
16	<p>Sentido...? no usaría la palabra sentido, para mí es un factor sumamente importante en el proceso terapéutico y en el proceso de intervención con otras personas. Si vos, confías en mí y esto yo lo voy construyendo con vos, para ayudarte, para mejorar, para estabilizar, para que tengas una mejor relación familiar, si yo te digo que tenés que tomar la medicación, la vas a tomar, pero porque estás sentado en el vínculo de que sabés que no voy a decirte nada malo, no voy a darte una indicación para molestarte, ni para joderte. Por eso para mí, no sé si es el sentido...del vínculo, el vínculo para mí es un factor de suma importancia en lo que tiene que ver los tratamientos, sobre todo con personas que es con lo que trabajamos nosotros, para mí es como la piedra filosofal, digamos, es fundamental. Pero no, no sé, si tiene un sentido...obviamente si uno le quiere buscar le buscaría la vuelta como un sentido terapéutico pero no sé...me suena medio raro.</p> <p>-Sí, sí siempre, uno aprende constantemente. Uno hay veces que tiene la fantasía de que cuando se recibe y te dan el título, el papelito ya sabés todo, es una mentira digamos, uno, es como la vida, uno siempre está</p>	<p>factor sumamente importante en el proceso terapéutico y en el proceso de intervención con otras personas</p>

	<p>aprendiendo y así como yo puedo haberle enseñado a alguien, que es importante bañarse, cortarse las uñas, también ellos me enseñaron a mí desde cómo demostrar afecto, me enseñaron hacer actividades que yo no sabía, me enseñaron muchas veces que las cosas no son como uno las piensa o las mira sino que hay otra formas y esto uno lo va construyendo con las personas con las que trabajás, es constante, no para nunca. Siempre te sorprende y sobre todo, digamos a mí me ha pasado de atender o asistir a una persona en el '92 y que por Facebook me encuentre y me mande mensajes para avisarme de que está bien...y marcarme que por ahí es muy loco para uno porque del '92 hasta ahora pasaron un par de años, y de repente me dice frases que son las típicas frases más...viste...? esos latiguillos que uno tiene...?, y vos decís guau...yo lo digo como una bobada y para el otro tiene un peso...muy importante, que uno hay veces que no toma dimensión de esto y creo que eso... es lo que vos me preguntabas, uno vive aprendiendo. Porque vos en teoría, podés saber un montón de cuestiones que tienen que ver con el vínculo desde teorías psicoanalíticas, Pichon Riviere y todo lo demás pero lo concreto lo vas aprendiendo y lo vas vivenciando y vas aprendiendo constantemente.</p> <p>Querés agregar algo más...? No...por ahí en los trabajos es más difícil el vínculo con los profesionales que con los pacientes...pero no hace al tema...</p>	
17	-Creo que es un facilitador, hay veces que uno trata de proponer cosas, o considera que es importante y la persona no quiere. Acá trabajando... siempre te lo llevo a ejemplo	Es un facilitador,

no...? pero por ejemplo una paciente que estuvimos en hospital de día en una época y ahora la tenemos acá en el emprendimiento, una chica, unos 47 años debe tener y nunca había hecho controles de salud femenina, y ella decía “que ella era virgen, que ella no quería, que no correspondía, que esto que el otro”, sin importarle y por más que vos lo trabajas, uno lo trabaja, lo trabaja, y lo dice pero queda en el vacío. Con Sandra, una terapeuta, nos comprometimos a que la íbamos a acompañar. Entonces fuimos a sacar el turno con ella, y fuimos con ella hasta clínica médica, Sandra fue al control ginecológico y yo fui para la mamografía, entonces el estar, el acompañarla, el estar afuera porque a último momento hablar con la técnica, hablar con la doctora explicarle “mirá yo entiendo que vos podés no creer que una mujer a los 40 años sea virgen pero ella sí, lo es” entonces tenele tiempo, tenele paciencia, explicale” bueno ahí, en una intervención es súper importante el vínculo. Ahora se los hace sola. Pero los primeros, fuimos con ella...

-Sí, sí, siempre, en montones de casos, a veces en un momento uno dice no...? o qué te/ me puede dar el otro...? Desde valorar la salud que uno tiene, eso a veces es como fundamental, en el hospital a veces se las ve que están con falta de compañía, de contención, que también te ayuda, uno valora otras cosas, en contraste muchas veces con la carencia que ellas tienen y también bueno, yo a las pacientes del emprendimiento les doy, tienen casi todas mi celular y... por ahí días importantes así, que te manden un mensaje, se acuerdan de saludarte, siempre uno a veces trata, alguna digo, esta vez salgo yo primero,

	pero siempre alguna te queda...bueno...entonces... siempre te dan.	
18	<p>-Creo que es fundamental para poder trabajar, generar un buen vínculo terapéutico es fundamental, me parece que si no hay eso, no sé si tiene mucho sentido el trabajo en sí mismo o sea si yo no logro que cada paciente confíe en mí, y se pueda abrir y contarme como para yo ver qué poder hacer, ya te digo todas las intervenciones, y de hecho con los niños más aún, yo trabajo desde integración sensorial que es trabajar con lo que ellos proponen, y si yo no logro que ellos me propongan algo, no puedo trabajar en nada básicamente. Entonces creo que el vínculo es importantísimo para la intervención y creo que tiene que ver todo con todo o sea, que uno pueda ser empático y entender al otro y ponerse en su lugar y lograr esta confianza, esto que a veces, otras veces se llamaría transferencia sea lo que fuera, esto que es fundamental para trabajar, más allá de todos los conocimientos académicos que pueda tener, sino tiene el vínculo terapéutico con el paciente, no tiene mucho sentido nada. Más en esta profesión en particular, capaz que hay otras áreas que no, pero tanto con los niños como en salud mental, es como elemental, si no existe el vínculo no existe tratamiento.</p> <p>-Y...sí obvio, sí sí, creo que aportan un montón de cosas desde lo personal hasta lo profesional, me parece que es importante. Creo que una de las cosas que más aportaron, sobre todo capaz en mis inicios que uno empieza medio sin saber demasiado de nada y yo empecé a trabajar, en un lugar hace 15 años, de pacientes multiimpedidos, no solo tenían una problemática sino una, dos o tres y dije, bueno si puedo hacer esto puedo hacer todo. Creo que aportan eso, seguridad,</p>	<p>el vínculo es importantísimo para la intervención</p> <p>Tanto con los niños como en salud mental, es como elemental, si no existe el vínculo no existe tratamiento.</p>

	<p>principalmente, y en lo personal un montón de cosas, si ya el saber que, bueno, pudiste hacer qué algo, cambiara, es importante para mí. Y eso lo aportan ellos. No sé, cada vez que alguna...yo ahora estoy en un emprendimiento que la mayoría son mujeres adultas y cuando les preguntan a ellas y no sé dicen algo del emprendimiento, la verdad es como re... no sé, como que te llena un montón, aunque sea un mínimo cambio, creo que ya es importante en ellas, eso. Nada, seguridad, es re emocionante la profesión en general y creo que bueno, solo un pequeño cambio, de no sé, estar, no sé, todo el día en la cama, lo que les pasaba a estas chicas, cuando empezaron a tener un trabajo si bien es adaptado, transitorio, lo que sea, y ya verlas en ese lugar, es un montonazo...sí.</p> <p>Pero bueno sí en general o sea la verdad, que ellos te aportan...te aportan todo en realidad, la experiencia, la seguridad, lo gratificante, esa era la palabra que no me salía, de... bueno, haber logrado aunque sea, con tu ayuda, porque lo logran ellos obviamente, uno nada más está ahí para ayudar justamente, prestar capaz al principio alguna motivación y apuntalar, después el mérito es de ellos. Pero sí, eso.</p>	
19	<p>-Casi, recién te lo respondí...no? es como...para todo, porque yo hago un poco también trabajo en físico, pero lo que pasa que no me estoy dedicando en este momento, estoy haciendo una formación pero me parece que trabajando, bueno, miembro superior, bueno entonces, creo que trabajando en todo en salud mental, en cualquier lugar que vos trabajes pasa esto, me parece el buen trato y la relación y esto de preguntar sobre la realidad del otro, bien para qué viene a tratamiento, qué es lo que busca,</p>	<p>Para hacer una buena intervención o por lo menos algo que movilice a la otra persona, se tiene que dar cuenta que yo la estoy incluyendo de verdad, que estoy pensando en esa persona sino no se genera casi nada, digamos.</p>

<p>que sé yo, y en base a eso armar los objetivos, me parece que eso influye en el tratamiento que se desarrolle como corresponde, digamos, si no generamos esto el tratamiento no se va a llevar adelante, como que... para hacer una buena intervención o por lo menos algo que movilice a la otra persona, se tiene que dar cuenta que yo la estoy incluyendo de verdad, que estoy pensando en esa persona sino no se genera casi nada, digamos.</p> <p>-Sí, sí, en general estas cuestiones de gratificación cuando uno ve que la otra persona pudo lograr eso que quería. No siempre pero bueno, en algunos casos, porque uno tampoco va a decir todos vuelven a decirme que...están felices(risas) pero en algunos casos, sí, me ha pasado de cruzármelas son tantos años en el hospital y que sé yo, que... uno se cruza después de un tiempo largo por ahí, con alguna paciente con la que trabajó para su externación, toda la cuestión del estar afuera, de volverse a encontrar con un montón de cosas súper difíciles, bueno, por estas cuestiones de los lugares, de la familia que más de una vez abandona y que sé yo y que por ahí te cuentan después de un año o más tiempo que sé yo, que lo mantienen o sea que siguen en las mismas condiciones, que siguen con un tratamiento ambulatorio, que siguen viviendo en ese lugar que pudieron cambiar pero para mejor, que si se fueron junto con una compañera la relación se mantuvo, cosas que se han trabajado digamos, en el pre- que se mantienen durante el tiempo, ese tipo de cosas está bueno. Ahora, este último tiempo estoy acá en el hospital, coordinando con otra de mis compañera un emprendimiento social y han pasado varias pacientes y está bueno eso cuando se van, porque consiguieron algo afuera, digamos, como que</p>	
--	--

	<p>superan lo que es el emprendimiento o porque generan emprender algo solas. Hemos tenido una chica que a través de la motivación de esto, genera un subsidio por su cuenta, no para trabajar de lo mismo del emprendimiento sino para hacer otra cosa que ella ya sabía hacer, pero cómo el animarse a proyectar...entonces...no sé... ahí están las satisfacciones, digamos, cuando uno ve en el otro que... logró... lo que... estuvo trabajando durante tanto tiempo, eso.</p>	
20	<p>-Y para mí, es como cualquier otra relación humana, hay que trabajar primero lo vincular en conocerse, en escuchar, en centrarse en el otro y en las necesidades del otro y después recién uno tiene que pensar en aplicar los conocimientos teóricos que uno tiene...no? debería hacer así todo el tiempo en el campo de la salud...la salud mental, yo noto que por ahí tenemos como más cuidado en esto, en no invadir, en...bueno por lo menos las terapistas que conozco, no todos los profesionales, pero es una gran crítica que yo les hago a la salud en general, los médicos no, la cuestión vincular me parece que se perdió, no se hace hincapié en esto, uno es paciente, uno va a un médico, y no te sentís cuidada, te dicen las cosas a lo bestia, te mandan a hacer ocho millones de cosas y no importa, si querés o no querés, si te sentís invadida, si no...no? A mí, eso me llama la atención, porque cuando conozco a pacientes, cuando yo estaba en emergencia, pacientes recién ingresadas, en estado de muchísima vulnerabilidad y uno tiene como tanto recaudo, qué preguntás, de qué manera, cómo cuidás a esa persona, qué palabras usás para no invadirla, para que no se sienta cohibida y de repente yo me encuentro siendo paciente que voy a un médico y digo “no podés hablar</p>	<p>la relación de ser humano a ser humano, establecer eso, para después poder pensar otra cosa, porque si no hay relación, si no está este intercambio par, no hay posibilidad de otra cosa, cómo la escuchás, cómo te llega, cómo tiene la confianza para decirte las cosas que realmente le pasa y no lo que debería decir para que...como dicen muchos: “si yo digo y hago esto, entonces me van a dar el alta más rápido o me bajan la medicación”</p>

de esa manera” o que te despacha “bueno, hacete veinte millones de estudios, volvé dentro de cinco meses cuando tengas todos los resultados, chau”, eso. Me parece que, yo no sé, si la palabra que usaría es “vínculo” porque te digo, me tendría que poner a pensar, qué significado de vínculo se usa, si tiene que ver con el vínculo, si tiene que ver con la integración que uno hace con los pacientes, la transferencia, se puede llamar de tantas maneras, me parece que es eso, la relación de ser humano a ser humano, establecer eso, para después poder pensar otra cosa, porque si no hay relación, si no está este intercambio par, no hay posibilidad de otra cosa, cómo la escuchás, cómo te llega, cómo tiene la confianza para decirte las cosas que realmente le pasa y no lo que debería decir para que... como dicen muchos: “si yo digo y hago esto, entonces me van a dar el alta más rápido o me bajan la medicación” esas cosas me parece que tienen que ver con las estructuras profesionales, académicas, que traemos nosotros que nos creemos que lo sabemos todo y en dos minutos vamos a resolver algo, y la verdad que no, no lograrás nada, incomodás.

-Sí, absolutamente, claro...

No sé... veinte millones de cosas, que yo... cuando entré acá, realmente uno, me parece que la formación de T.O., nos forma a veces, más como “maestritas” que como “seres humanos críticos”, como esto, como seres humanos críticos de un sistema, críticos de la sociedad, entonces llegamos a la práctica profesional, queriendo... no sé... “mejorar los hábitos de tal persona para que se incorpore y se incluya y pueda conseguir un

	<p>trabajo” y no nos podemos a pensar si los trabajos que existen están buenos, si nuestra sociedad están normal y tan linda como para que una persona, se tenga que considerar fallada o fallida porque no se puede incluir en esa sociedad...? Porque no consigue laburo... estas cosas muy de las terapistas que “hay que bañarse tantas veces, hay que vestirse de tal manera” y viene una persona y te dice: “flaca, no tengo agua en mi casa” “no tengo agua caliente y hace cinco grados bajo cero” “bañate, vos...” o misma la gente que está internada acá, que uno cree que puede exigirle que: “en cuanto a sus hábitos de la vida diaria hagan tal o cual cosa” y hacen cuarenta años que están encerradas en el hospital, no salen, no tienen visitas, no tienen un proyecto de vida, entonces, muchas veces la respuesta de ellas es: “vení, vos, a vivir una semana acá, a ver qué te pasa” y tienen razón...esas cosas es como que a mí, fueron como sopapos que te despiertan...”pendeja, no entendés nada de la vida”, y bueno que sé yo, creo que uno después empieza, como a cuestionarse un montón de cosas, y la práctica también se transforma... obviamente.</p>	
21	<p>Pienso, para no responderte siempre lo mismo. Me parece que es la base para que la persona sostenga el tratamiento. Porque ya te digo, todo el tiempo estás pensando en que la persona haga una actividad, en el hacer este que se incluya y que esté haciendo todo el tiempo. Y tal vez la persona -me pasa muchas veces que uno no logra que... pero igual viene. Bueno, algo hace que se sienta cómoda/o conmigo. Y a veces yo, en esto de utilizar la actividad como empoderamiento, me pasó con una usuaria que al principio pensaba estrategias y le daba todo tipo de</p>	<p>Un buen vínculo es uno repensar e ir cambiando todo el tiempo la estrategia. No es que el otro se tiene que adaptar a lo que yo le digo, porque no es que yo tengo la verdad ocupacional. Eso es fundamental</p> <p>Me gusta que cada persona nueva me interpele y me haga pensar.</p>

<p>programas acá en C.A.B.A. para que vaya y no iba; pero ella seguía viniendo acá conmigo. Entonces empezamos a pensar -ella vive actualmente con su papá mayor, 90 y pico de años, con demencia-. Un papá que siempre se ocupó de las tareas del hogar, de decidir. Y ella empieza a pensar, o hacer el duelo de la muerte de ese papá; dónde ella se tiene que empezar a ocupar de esa casa que le queda. Entonces utilizamos el espacio conmigo, en decir, bueno:</p> <ul style="list-style-type: none"> -“¿cuáles son las cosas que hay que arreglar de la casa?” -cosas que ella traía- - Tengo roto el calefón, me pierde la cañería del baño. - ¿Qué podríamos hacer? - Se me ocurre que tengo un vecino que es plomero - Bueno dale. ¿Qué otra opción? - Y... mi hermano tiene un amigo que es... - Bueno, listo. <p>Entonces armábamos estrategias, de la vida cotidiana, de resolución de problemas. Como que ella, de apoco, se vaya empoderando de eso. Actividades donde ella se pueda incluir y armar la red social, yo nunca lo logré. Ahora, se podía ocupar perfectamente del cuidado de su papá y solucionaba y hacía. Bueno, es acompañar eso y también, no todo el tiempo estar exigiendo al otro, que estar incluido, es haciendo una actividad y armar redes. Como que uno, también, le quiere volcar toda esa teoría al otro y el otro tiene su tiempo y también es respetable y decir, bueno, uno tiene que ir cambiando.</p> <p>Para mí, esto, un buen vínculo es uno repensar e ir cambiando todo el tiempo la estrategia. No es que el otro se tiene que adaptar a lo que yo le digo, porque no es que yo tengo la verdad ocupacional. Eso es fundamental, me parece. Y cómo el otro te</p>	<p>"No es mi responsabilidad que el tratamiento vaya bien, es entre los dos"</p>
--	--

	<p>interpela cuando te das cuenta que la estrategia no sirve. Bueno, tengo que yo cambiarla; no es que no funciona porque el otro, porque siempre el problema es el paciente. "No funciona porque el problema es el paciente". No. Eso te interpela. A mí eso me gusta, que me interpelen. Y como que todo el tiempo me pongan en jaque y tener que pensar ¿qué hago? ¿Qué hago? ¿Qué hago? Y obvio, no laburar sola. Laburar siempre en equipo y consultar. Y yo creo, que cuando el usuario ve, que hay un equipo conformado, eso también hace que sostenga el tratamiento.</p> <p>- Sí, salí del paradigma modelo médico hegemónico y de ver enfermedad todo el tiempo a empezar a ver sujetos y me encanta lo que es salud mental comunitaria, hice la especialización, donde ya no ves un individuo enfermo, empezás a ver una persona y su contexto; a evaluar el vínculo con ese contexto. Y sí, me encantó, de hecho cuando yo voy a Gorriti los usuarios me decían "vos te ponés la gorra con nosotros". Porque yo iba tipo militar "esto está sucio", "esto no se hizo", "¿por qué no cocinaste?", "¿por qué no hiciste la cama?". Pero también eso, me daba seguridad a mí, ponerme en ese lugar. Lo necesitaba. Y cuando me empiezan a decir "vos te ponés la gorra" -así de literal-, era feo que me digan eso. Y yo estaba haciendo terapia en ese momento y lo llevaba a terapia y fue como una supervisión eso. Y después me encantó. Porque aparte cuando yo leía, leía lo que es, RBC, rehabilitación de base comunitaria, ley de Salud Mental, derechos humanos, pero sentía como "esto es obvio". Pero cuando lo empecé a ver en el usuario que se empieza a decidir y vos estás acompañando ese proceso de decisión nada</p>	
--	---	--

	<p>más, me encantó, me encantó. Gorriti fue algo que me encantó porque se me cayeron las estructuras del manicomio y empecé a ver sujetos y es hermoso.</p> <p>-A mí me gusta que me interpielen, que me hagan pensar. Yo le tengo terror a manicomializarme yo, institucionalizarme yo y ver... estandarizar mi práctica, como que... hacer siempre lo mismo. A eso le tengo pánico. Entonces me gusta que cada persona nueva me interpele y me haga pensar. Ahí creo que es el vínculo también, porque siempre ofrezco cosas, y digo "mirá, la verdad, no sé" y buscamos y pensamos juntos. Esto es, todo el tiempo es pensar juntos. Y marco esto: "No es mi responsabilidad que el tratamiento vaya bien, es entre los dos". Y trato siempre de dar lugar a la autonomía. Primero evalúo un par de sesiones y después doy información, doy recursos y veo que hace el otro con eso, si no puede, no quiere, lo que fuere. Realmente si no puede, lo acompaño, yo salgo mucho. Me gusta estar afuera, no acá encerrada. Salgo y observo en concreto en el contexto de esa persona su desempeño, porque me pasa que en un consultorio hablar de la comunidad es como... tengo que estar afuera y ver esa persona en el afuera, en su red, en sus vínculos. Y si logra llegar al objetivo..., a veces es primero: "¿logró llamar por teléfono a tal lugar?" "sí, lo logró", después vemos: "el cómo". ¿Lo hizo sólo? ¿Pidió ayuda? ¿Le pidió a un vecino? ¿Pidió ayuda a un familiar? Está bien, pero lo logró, punto. El cómo es secundario para mí. Y bueno, eso.</p>	
22	-Es importante tener un buen vínculo con el paciente porque podés llegar más fácil a los objetivos, el paciente va a estar más cómodo,	Es importante tener un buen vínculo con el paciente porque podés llegar más fácil a los

	<p>más comprometido, influye en el compromiso del paciente también con el tratamiento.</p> <p>-Todos te aportan algo, te van guiando tu práctica, tu ejercicio...si tenés un buen vínculo con el paciente sabés que está bien lo que estás haciendo, si tenés un mal vínculo te ponés a pensar “¿qué fue lo que fallaste, qué no volverías a hacer o qué no hacer...?” te va guiando la práctica.</p>	<p>objetivos, el paciente va a estar más cómodo, más comprometido</p> <p>El VT te va guiando la práctica.</p>
--	---	---

5.6 Tabla de Respuestas de los usuarios – Variables suficientes

Respuestas de cada uno de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

N= 22.

UA	EDAD	GÉNERO AUTOPERCIBIDO	TIPO DE EFECTOR
1	20	F	2
2	28	F	2
3	39	F	1
4	32	F	2
5	19	F	2
6	53	M	1
7	19	M	1
8	28	M	1
9	42	M	2
10	27	M	2
11	42	M	1
12	36	M	1
13	74	F	2
14	71	M	2
15	56	F	2
16	74	F	2
17	84	F	2
18	66	M	2
19	29	M	2
20	36	F	2
21	47	M	2
22	33	M	2

5.7 Tablas de Frecuencia

5.7.1 Tabla de Frecuencias de la variable Edad

Tabla de Frecuencias de la variable Edad de cada uno de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.

EDAD	FA	FR	F%	Fac%
19 - 27	4	0,18	18	18
28 - 36	7	0,3	30	48
37 - 45	3	0,14	14	62
46 - 54	2	0,1	10	72
55 - 63	1	0,04	4	76
64 - 72	2	0,1	10	86
73 - 81	2	0,1	10	96
82 - 90	1	0,04	4	100
TOTAL	22	1	100	

Fuente: Base de datos de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

5.7.2 Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido

Tabla de Frecuencias de la variable Género autopercebido de cada uno de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.

GÉNERO AUTOPERCIBIDO	FA	FR	F%
F	10	0,45	45
M	12	0,55	55
TOTAL	22	1	100

Fuente: Base de datos de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

5.7.3 Tabla de Frecuencias de la variable Tipo de efector

Tabla de Frecuencias de la variable Tipo de efector de cada uno de los usuarios que concurren al servicio de TO en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019. N= 22.

TIPO DE EFECTOR	FA	FR	F%
1	6	0,27	27
2	16	0,73	73
TOTAL	22	1	100

Fuente: Base de datos de los usuarios que concurren al servicio de TO en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018-2019.

5.8 Cuadro de Respuestas de los usuarios – Ejes de análisis

UA	Percepción del Vínculo Terapéutico	Idea/Tópico
1	Bien	Buena relación. No fundamenta. .
2	Buena, porque yo la conozco desde muy chica	Buena relación. Fundamenta: que la conoce desde chica.
3	Muy bueno digamos, noto mucho acompañamiento y también fue muy positivo primero la etapa como de diagnóstico, yo venía previamente a tratarme acá, estuve 1 año y medio en otra institución, así que no es la primera vez que hacía terapia ocupacional. Particularmente, acá me gustó mucho primero también, la forma en que se hizo toda la evaluación, como para poner las prioridades de trabajo no?, como para estar bien atentos a esa necesidad.	Muy buena relación. Fundamenta: Destaca de la T.O. -su acompañamiento, - su conocimiento sobre la patología que la atraviesa - la planificación para su tratamiento y - el interés hacia su persona.
4	Cómo...? Bien...cómo sería...? Bien... no es conflictiva... nos entendemos...	Buena relación. Fundamenta: que su T.O. no es conflictiva.
5	Demasiado bien, nos conocemos hace 18 años más o menos... muy bien, muy bien nos llevamos	Excelente. Relación. Fundamenta: -La conoce desde pequeña. Es decir, “toda su vida” tuvo T.O.
6	Y... óptimo	Excelente relación.
7	No... Bien, bien, me enseña las cosas y me gusta porque ponele escribía así y estoy intentando y ahora me sale mejor... todas esas cosas... me sirve...	Muy Buena Relación. Fundamenta: -Acerca de estrategias de rehabilitación y funcionalidad referidos a su miembro superior lesionado.
8	Muy bueno, es bueno, muy bueno... te enseñan muy bien	Muy Buena Relación. Fundamenta:

		-Acerca de las estrategias de rehabilitación y funcionalidad.
9	Bueno, como te decía antes, yo tengo 42 años por lo tanto a lo largo de mi vida tuve muchos años de terapia ocupacional y creo que el vínculo terapéutico fue cambiando depende de la época de mi vida, no es lo mismo hacer terapia ocupacional cuando sos adolescente que estás en estado pleno de rebeldía y que no querés hacer nada, que cuando sos adulto y que en realidad, vos, te das cuenta que te está sirviendo las asistencias que te están dando o sea creo que el vínculo cambia completamente, o sea, yo recuerdo con mucho afecto a mi terapeuta ocupacional de la adolescencia pero la que me acompañó el último tiempo en la adultez, yo realmente, establecí un vínculo hasta de amistad, o sea éramos pares, es distinto. Creo que lo que cambia ahí es la perspectiva que tiene uno con su evolución por la edad... no...? por la etapa de la vida...	Excelente. Relación. Vínculo de Amistad con su actual T.O. la considera un Par. Define el Vínculo según sus etapas evolutivas, fue distinto establecer el vínculo cuando era adolescente, que ahora como adulto. También le da valor a las estrategias que le brindó la T.O. para su autonomía.
10	Muy Bueno	Muy Buena Relación. No Fundamenta.
11	Muy Bueno	Muy Buena Relación. No fundamenta.
12	Bien	Buena Relación. No fundamenta.
13	Buena, excelente	Excelente Relación.
14	Si la profesional es buena la relación es buena	Buena Relación. Considera ser Buen Profesional con establecer Buena Relación.
15	Excelente la atención, muy profesional, me encanta la rehabilitación	Excelente Relación. Énfasis en las estrategias de rehabilitación que le brinda su T.O. como Profesional.
16	Bien	Buena Relación. No Fundamenta.
17	Buenísima, mejor imposible.	Excelente Relación. No fundamenta.

18	Muy bueno, buen trato. Predisposición, escucha, paciencia, atención, no hay drama	Muy Buena relación. Fundamenta: Cualidades de su T.O.: escucha, paciencia, atención, predisposición.
19	Re bueno, es lo que el paciente espera, no son como los demás, es una mujer que se preocupa por el diagnóstico del paciente.	Muy Buena Relación. Fundamenta: -Interés por el usuario, -la percibe diferente que los demás profesionales en el trato. -Percibe responsabilidad de su T.O. con respecto al diagnóstico que lo atraviesa.
20	Es un vínculo de asistencia mutua, ambas ponemos nuestra parte	Buena. Relación. Lo define como una Asociación mutua.
21	Bien, es positivo, la atención es buena	Buena Relación. Fundamenta: -Positiva.
22	Ameno de parte ella, muy comprensiva, súper profesional, pone interés, es constante, te presta atención siempre.	Excelente Relación. Fundamenta: -Profesionalismo. -Comprensión. -Marcado interés por el usuario

UA	Factores que influyen en la construcción del V.T. durante el proceso de T.O.	Idea/Tópico	Factores que consideran importantes los usuarios en la construcción del vínculo
1	No sé...		
2	Poder seguir haciendo T.O. sí.	Constancia	Compromiso
3	Bueno por un lado el tema de la escucha, o sea, yo considero que eso es fundamental no? como la escucha	La escucha La empatía	La escucha La empatía

	de las necesidades que uno tiene y por otro lado bueno... el conocimiento que tienen como para ir brindando soluciones a las necesidades para ir ganando independencia en lo cotidiano no?	El conocimiento teórico Capacidad resolutive para aumentar la autonomía del usuario	Conocimiento teórico
4	Que me ayudaron? mientras hacemos hablamos... mientras hacemos otras cosas hablamos de... qué pasó en la semana o cosas así y a veces me da consejos, aparte de "esto" (mueve su brazo más afectado) en realidad... eso	Confianza Escucha Consejo	Empatía Escucha Conocimiento teórico
5	La verdad que no sé, nos conocemos desde que yo soy chiquita, siempre hablamos, estuvo en mis reuniones familiares... en todo, la charla, no sé... la charla de la vida...bien... bien...	Confianza Vínculo con la familia del usuario Comunicación/diálogo	Empatía Compromiso Calidez
6	La buena onda que hay acá.	Ambiente ameno Acogedor	Calidez
7	Porque yo había empezado y dejé... y empecé otra vez y ahora estoy empezando a cortar... con esta mano que no la puedo mover mucho y también cosas que me hacían poner peso en esta mano... hice todo con esta mano... así que... me ayudó bastante porque ahora la uso más... antes estaba ahí... hacía todo con esta mano (me muestra la mano no afectada) todo, todo, y ahora no, con las dos, un poco mejor.	Autonomía Funcionalidad Motivación	Conocimiento teórico Empatía
8	El estar como soy yo con la gente, me gusta que me cuiden a mí, entonces como me dan eso, doy más, no me gusta hacer más aún mal a mí, eso es lo que yo creo, yo lo busco	El trato Ambiente favorecedor T.O. motivadora Autodeterminación del usuario	Conocimiento teórico Empatía Calidez

	porque yo lo quiero, y lo logro obtener acá, la T.O. lo logra es muy buena... el trato		
9	Bueno, como te decía recién... sobretodo te hablo de la última... de la que me acompañó este último tiempo, creo que había una buena afinidad, una buena... ella tenía... una buena predisposición a ponerse en mi lugar, a poder ver las cosas desde mi lugar aportando su punto de vista obviamente, entendiendo qué era lo que necesitaba y aceptando hasta mis ideas locas a lo mejor para ver... basándose en esas ideas... bueno a ver como poder inventar lo que estaba necesitando. Y el respeto, también a las ganas que tenía yo, yo me considero para muchas cosas un tipo vago, y en la terapia ocupacional, ser vago es lo que complica y creo que Ceci, lo supo aceptar y lo llevó bien, o sea bancándose... y bueno... pero a la vez ayudándome a aprovechar todo lo que podía.	Empatía Escucha Adaptarse a las necesidades del usuario con creatividad Respeto Aceptación Negociación	Empatía Conocimiento teórico Respeto
10	Las ganas de trabajar, la buena relación que tengo con mi T.O., lo bien que nos llevamos y bueno eso hizo un buen vínculo que lo mantenemos hasta ahora digamos... es un lindo vínculo.	Motivación Respeto Confianza Cariño Empatía	Empatía Conocimiento teórico Calidez
11	El trato	Trato amable	Calidez
12	La responsabilidad de cada uno.	Responsabilidad	Conocimiento teórico Empatía Respeto Participe en la construcción del Vínculo

13	Me ayudó a que recupere la mano. Nadie lo había hecho, a diferencia de la kinesióloga con la cual no sentí que se interesara de la misma forma.	Interés Preocupación por el usuario Autonomía Funcionalidad	Conocimiento teórico Empatía
14	Si la profesional es naba no sirve para nada. Debe tener una gran atención hacia el paciente. Pueden venir con los mismos síntomas pero cada paciente es distinto. Si la profesional es buena la relación es buena.	Interés hacia el usuario Respeto a la individualidad de cada usuario La calidad humana unida al ejercicio de la profesión	Empatía Calidez Respeto
15	La atención a cada uno	Respeto y el interés por cada usuario Respeto a la individualidad de cada usuario	Respeto Empatía
16	La calidez.	Calidez	Calidez
17	Me gusta ayudar y hablar con los demás, yo soy religiosa y soy así con las personas.	La buena predisposición Sus convicciones	Empatía Respeto Partícipe en la construcción del Vínculo
18	La atención, además de lo que sabe, su dedicación	La atención El compromiso El conocimiento	Conocimiento teórico Empatía
19	El trato, la preocupación, el compromiso con el paciente.	El trato La preocupación El compromiso con el paciente	Empatía Respeto
20	La paciencia y aceptación de diversidades	Respeto a la individualidad de cada usuario La paciencia y aceptación de diversidades	Respeto Conocimiento teórico Calidez
21	La cordialidad, se ocupan de los pacientes, se hace divertido, es diferente	Cordialidad Amabilidad Interés Creatividad	Empatía Conocimiento teórico Calidez

22	Ameno de parte ella, muy comprensiva, súper profesional, pone interés, es constante, te presta atención siempre.	Comprensión El trato Interés Compromiso por el paciente Empatía	Empatía Conocimiento teórico Respeto
----	--	---	--

UA	Cualidades para la construcción del Vínculo Terapéutico	Idea/Tópico
1	<p>Cómo es conmigo... me pregunta... en qué me falta práctica... o en qué tengo dificultades para hacer las cosas solas.</p> <p>No sé (la investigadora le pregunta: te dan ganas de venir o no a T.O.?) Sí</p>	<p>Empatía Sensibilidad Inmediatez</p> <p>NO RESPONDE</p>
2	<p>No entiendo (la investigadora le pregunta: ¿qué te gusta de tu T.O.?)</p> <p>Que me ayude lo que no puedo hacer con mi mano... que es lo más difícil... y usar esta mano.</p> <p>Por el lado de jugar, más... por ese lado... a jugar, aunque sea grande... porque a todos nos gusta jugar, yo con Vida, también he venido acá a T.O., a jugar mucho me gusta jugar con la pelota, subirme a la hamaca, hacer cosas de colores divertidas, hacer jabones, que hice con Ceci, y me gusta eso.</p>	<p>Empatía Sensibilidad Inmediatez</p> <p>Sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones</p>
3	<p>Bueno, la calidez, realmente la calidez humana, yo creo que sí, eso... la calidez humana y esto de la cercanía, no?, porque no pasa siempre con todos los profesionales que se genera digamos...o sea a veces esto siempre no se da, hay un trato más frío como que realmente acá, noté mucho acompañamiento.</p> <p>Bueno, mi predisposición a querer estar mejor, o sea, yo creo que eso es fundamental, porque si uno... igual yo siempre digo, los que vienen acá es porque quieren mejorar, pues sino no venís, o sea, la rehabilitación viene el que quiere estar</p>	<p>Calidez Empatía</p> <p>Sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones</p>

	mejor, entonces yo creo, que esas ganas de querer estar mejor, una cuestión de actitud positiva de decir bueno, más allá de lo que me esté pasando, buscarle la vuelta, creo que, es lo que ayuda, sí.	Sentirse escuchado/comprendido
4	Me trata de hablar, poder sacar...hablar de las cosas, porque yo soy muy reservada... entonces no cuento a todos, con ella a veces sí... no sé. Trato de hacer lo que ella dice, y aunque no me salga lo hago	Empatía Sensibilidad Sentir confianza, No sentirse juzgado
5	Conmigo misma? el hecho de que me haya ayudado, que pueda hacer las cosas sola, y siempre buscarle el modo sencillo de hacer las cosas que me cuestan. Ay no se... le tenés que preguntar a ella! no sé... también mucha charla y saber mucho de cada una... y aparte conozco también a su familia, ella conoce a la mía, entonces... creo que... sí, el querer ayudarnos siempre con todo... mutuamente.	Inmediatez Específico Sensibilidad Afecto Ser escuchado/comprendido
6	Sí, la relación humana que tiene con todos nosotros, el grupo humano. Sí... lo hincha pelotas que soy, y sí... la simpatía.	Empatía Calidez Sentir confianza
7	Esa pregunta no la entiendo.	NO RESPONDE
8	Sí ayudado y sí son muy buenos a lo que se dedican, son muy buenos, a mí me lo muestran. Las ganas que tienen de aprender la materia porque me enteré como que están haciendo algo de estudiando y lo hacen muy bien, para mí, es como que ya se dedican a la T.O... Le va muy bien y me pone contento eso. Cómo te puedo explicar mi forma de ser, de estar tranquilo y aportar también a la relación, entre él, aportamos dos, apporto yo y aporta él y se hace una clase mejor, entre los dos... por ahí que no me enoja... de lo que hagan o no, para mí todo	Autenticidad Específico Sentirse respetado Confianza Percibir interés

	lo hacen bien o sea es como “habituarse”, como que hacen como que no quieren y siempre si hay una buena dada de ellos entonces yo vengo a dar lo bueno de mí acá.	Afecto
9	<p>Más o menos es lo que te comenté recién, tal vez es una cuestión extra de paciencia o persistencia, empatía claro está, y pero... creo que también, el componente como cualquier relación, más allá de terapia ocupacional, tiene que ver con una afinidad entre las personas, tiene que ver...un feeling que va más allá, y bueno.</p> <p>Creo que también lo mismo no? o sea también se daba que teníamos edades parecidas entonces, hay una paridad, una relación distinta, a lo que a lo mejor uno puede tener en la adolescencia, donde tu T.O., es un mayor, y lo ves más como un padre o un tío, un abuelo a lo mejor... acá éramos pares, hay un lenguaje en común.</p>	<p>Empatía</p> <p>Confianza</p>
10	<p>La buena onda, y lo buena persona que es mi T.O. y lo copada que es para trabajar, entonces yo trabajo, en un buen clima de trabajo, digamos, yo me siento bien, si hay un buen clima, yo trabajo muy cómodo y estoy muy contento.</p> <p>Las ganas de trabajar y las ganas de progresar, eso es lo que yo construí digamos, también de la otra parte, y por eso tengo el vínculo que tengo con mi T.O... Aparte es muy macanuda, muy buena persona, así que me llevo lo mejor.</p>	<p>Empatía</p> <p>Calidez</p> <p>Sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones</p> <p>Afecto</p> <p>Confianza</p> <p>Percibir interés</p>
11	<p>Su buena persona.</p> <p>Mis ganas de avanzar.</p>	<p>Sensibilidad</p> <p>Sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones</p>
12	<p>Su buena atención, y su paciencia más que todo.</p> <p>Yo creo que hacer todo lo que ellos dicen, nada más.</p>	<p>Respeto</p> <p>Autenticidad</p> <p>Interés</p> <p>Confianza</p>

13	<p>Muy atenta, sabe mucho y se preocupa por cada paciente, le dedica tiempo a cada uno. Los médicos te abandonan cuando va pasando el tiempo, sólo al inicio se muestran más atentos y después se vuelve más bien apático; en cambio con la T.O. no ocurrió eso. Si veo que con otros profesionales ocurre eso.</p> <p>Yo pongo toda la mejor voluntad para que me atiendan y necesito ayuda.</p>	<p>Sensibilidad Autenticidad Empatía</p> <p>Confianza</p>
14	<p>Empatía, atiende bien, esta con una sonrisa. Paciencia para explicar. Da la sensación que está arriba tuyo pero no está arriba tuyo, está supervisando todo.</p> <p>No me considero un paciente problemático.</p>	<p>Empatía Autenticidad Respeto</p> <p>NO RESPONDE</p>
15	<p>Atenta a cada uno y su evolución.</p> <p>Me siento cuidada, respetada y respeto a ella (la TO) y al tratamiento.</p>	<p>Sensibilidad Empatía</p> <p>Respeto Confianza</p>
16	<p>Muy suave</p> <p>Predispuesta a hacer lo que me dice.</p>	<p>Respeto</p> <p>Confianza Percibir interés</p>
17	<p>Amorosas, buenas, especiales, se preocupan, me escuchan.</p> <p>Charlar, buena predisposición.</p>	<p>Empatía Sensibilidad Calidez</p> <p>Confianza Percibir interés</p>
18	<p>La dedicación que pone en atender a los pacientes.</p> <p>Me brindé y acepté como estaba, siguiendo las indicaciones de los profesionales</p> <p>Para mí un mal vínculo ocurre cuando no me tratan bien, si me tratan mal me voy. Me pasó una vez que mi señora notó que no le daban</p>	<p>Autenticidad</p> <p>Confianza</p>

	<p>mucha bolilla, había algo irregular. Si el trato es bueno uno está con más ánimo para recuperarse, si te tratan mal yo cambio, porque no tienen por qué hacerlo.</p>	
19	<p>El conocimiento. La voluntad, el compromiso en hacer todo lo que esté a su alcance.</p> <p>Hacerle caso.</p> <p>Tengo un recuerdo de una vez que me atendieron mal, me sentí un número más. El destrato, una vez un médico me dijo que si le hablaba lo distraía. Con la T.O. el trato es más humanitario, todo son oportunidades, muestra que se dedica y me siento más atendida. El buen trato repercute en el tratamiento, uno se siente más acompañado, te predispone, influye en la mejora.</p>	<p>Autenticidad Específico</p> <p>Confianza Percibir interés Respeto</p>
20	<p>Cierto caudal empático</p> <p>Perseverancia, aceptación de la diversidad.</p> <p>Para mí un mal vínculo es cuando falta empatía, implicación, falta de tiempo, delegar a un tercero que no sabe quién sos, falta de profundidad en el tratamiento, no hay reforzamiento, quizá estímulo psíquico malo; pienso que la motivación del entorno ayuda mucho, actúa en muchos niveles.</p>	<p>Empatía</p> <p>Sentirse respetado</p>
21	<p>-Cordialidad -Bienvenida -Grupo ameno -Feedback.</p> <p>-Abierto al diálogo -Escucha -Feedback</p> <p>Un mal vínculo ocurre cuando el diálogo es errado, en la demanda se nota que no hay personalización, sos un número, hay mil pacientes, discusiones, etc. Me pasó que tuve que pedir que me expliquen que tenía sino no te dicen nada.</p>	<p>Empatía Inmediatez Calidez</p> <p>Sentirse escuchado Percibir interés</p>
22	Características:	Empatía

